

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**Qualidade de vida das pessoas com problemáticas
aditivas**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROVISÓRIA**

Orientada pela Professora Doutora Graça Pimenta

Ana Célia Brito Santos

PORTO, 2012

AGRADECIMENTOS

Agradeço,

à Professora Doutora Graça Pimenta, pela total prontidão em me orientar e pelos seus preciosos ensinamentos. Obrigada, ainda, pelo apoio e palavras de alento, sem as quais seria difícil ultrapassar as adversidades vividas durante este caminho;

ao Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. e aos seus profissionais, por me terem permitido e facilitado a recolha de dados para o presente estudo;

a todas as pessoas que fizeram parte da amostra, por aceitarem participar neste estudo e darem o seu contributo tão sincero para a consecução dos seus objetivos;

aos meus colegas do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, por terem partilhado comigo alguns dos momentos tão marcantes deste percurso;

aos meus pais, pelo carinho incondicional e apoio constante em todas as fases da minha vida e principalmente, por acreditarem em mim;

a estes e a tantos outros que estão, estiveram e se cruzaram comigo nesta caminhada, ajudando-me a vencê-la, o meu muito obrigada...

SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças - 10.^a revisão

CRI - Centro de Respostas Integradas

EMCDDA - European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction

ET - Equipes de Tratamento

HIV - Human Immunodeficiency Virus

IP - Instituição Pública

LSD - Dietilamina do Ácido Lisérgico

NIDA - National Institute on Drug Abuse

NHP - Nottingham Health Profile

OMS - Organização Mundial de Saúde

QLI - Quality of Life Index

QVRS - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

RCAAP - Repositório Aberto de Acesso Aberto de Portugal

SAF - Síndrome de Alcoolismo Fetal

SNC - Sistema Nervoso Central

UAN - Unidade de Alcoologia do Norte

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument

amp. - amplitude
cf. - conforme
cit. por - citado por
fem. - feminino
masc. - masculino
p. ex. - por exemplo
subs. - subescalas

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
1. A Pessoa com Dependência de Drogas	15
1.1. <i>Drogas e seus Principais Efeitos</i>	18
1.2. <i>Tolerância, Dependência e “Craving”</i>	29
1.3. <i>Aspetos Desenvolvimentais: Genes, Ambiente e suas Interações</i>	31
1.4. <i>Gestão e Intervenção</i>	34
2. A Qualidade de Vida da Pessoa com Dependência de Drogas.....	38
2.1. <i>Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde</i>	38
2.2 <i>Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida</i>	41
2.3 <i>Implicações da Dependência de Drogas na Qualidade de Vida</i>	43
2.4 <i>Importância da Avaliação da Qualidade de Vida para a Prática de Enfermagem</i>	47
CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	51
1. Desenho do Estudo.....	51
2. Objetivos e Questões de Investigação	52
3. Variáveis em Estudo	53
4. População e Amostra	55
4.1. <i>Caracterização da Amostra</i>	55
5. Instrumento de Colheita de Dados	65
5.1 <i>Fiabilidade do Instrumento</i>	69
5.2 <i>Pré-Teste do Instrumento de Recolha de Dados</i>	70
6. Procedimento de Colheita de Dados	71
7. Procedimentos de Cariz Ético	72

8. Estratégias de Análise de Dados.....	73
CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	77
1. Apresentação e Interpretação dos Resultados	77
CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	97
1. Características da Amostra	97
2. Resposta às Questões de Investigação.....	101
3. Limitações do Estudo e Implicações para a Prática e para a Investigação...	107
CONCLUSÕES	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115
ANEXOS.....	132
ANEXO I: Instrumento de Recolha de Dados	134
ANEXO II: Consentimento Informado.....	146
ANEXO III: Autorização dos Autores do Instrumento.....	152
ANEXO IV: Autorização da Instituição para recolha de dados	156

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Tipos de drogas e seus principais efeitos	18
Quadro 2: Variáveis principais e secundárias do estudo	54
Quadro 3. Características sociodemográficas dos participantes: sexo, idade, escolaridade e coabitação	56
Quadro 4. Características sociodemográficas dos participantes: Profissão, situação profissional e fontes de rendimento	57
Quadro 5. Características sociodemográficas dos participantes: Localidade de residência	58
Quadro 6. Características de saúde dos participantes: Situação relativa aos consumos, drogas consumidas e vias de administração	59
Quadro 7. Características de saúde dos participantes: Tratamentos anteriores, drogas consumidas e vias de administração	61
Quadro 8. Características de saúde dos participantes: Idade de início dos consumos, de acordo com a droga utilizada (N=277)	63
Quadro 9: Sintomas de privação mais referenciados pelos respondentes (N=108)	64
Quadro 10. Percepção de suporte: familiar, comunitário e económico	65
Quadro 11 - Subescalas e escala global do QLI, itens e seus conteúdo	68
Quadro 12: Valores de alfa de cronbach das subescalas e da escala global em diferentes estudos	69
Quadro 13. Percepção de Qualidade de Vida das pessoas com dependência de drogas lícitas (álcool) ou ilícitas (outras drogas) - N=108	78
Quadro 14. Comparação entre as médias de ambos os sexos nas subescalas e escala global do QLI - N=108	80
Quadro 15. Comparação entre as médias da situação profissional dos participantes na amostra nas subescalas e escala global do QLI - N=108	82
Quadro 16. Comparação entre as médias, de acordo com a coabitação dos participantes na amostra, nas subescalas e escala global do QLI - N=108	84
Quadro 17. Correlação entre o tempo de abstinência e o número de tratamentos de desabilitação realizados anteriormente com as subescalas e escala global do QLI (N=108) .	86

Quadro 18. Comparação entre as médias, de acordo com a situação relativa aos consumos dos participantes na amostra, nas subescalas e escala global do QLI - N=108	87
Quadro 19. Perceção dos participantes sobre a doença/dependência.....	89
Quadro 20. Perceção dos participantes sobre os cuidados a ter para manter o tratamento - N=108	90
Quadro 21. Perceção dos participantes sobre as implicações que a doença trouxe na sua vida - N=108	91
Quadro 22. Perceção dos participantes sobre a sua saúde e qualidade de vida N=108	92
Quadro 23. Perceção dos participantes sobre os fatores que melhorariam a sua qualidade de vida - N=108	93
Quadro 24. Perceção dos participantes sobre o que os técnicos de saúde podem fazer para os ajudar - N=108	94

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Média da perceção de qualidade de vida nas diferentes subescalas e escala global das pessoas com dependência de drogas (N=108)	79
---	----

RESUMO

Qualidade de vida das pessoas com problemáticas aditivas

O presente estudo tem como finalidade melhorar a compreensão sobre as implicações da dependência de drogas lícitas (nomeadamente o álcool) ou ilícitas, na qualidade de vida dessas pessoas, com vista à criação de um programa de intervenção em enfermagem. Foram definidos os seguintes objetivos: avaliar a percepção de qualidade de vida das pessoas com problemáticas aditivas; descrever os fatores que condicionam essa percepção; comparar a percepção de qualidade de vida dos indivíduos com dependências de drogas lícitas e de drogas ilícitas; e ainda descrever as diferenças encontradas, de acordo com as variáveis sociodemográficas, de saúde e de tratamento.

Inspirado no paradigma quantitativo, desenvolvemos um estudo descritivo e transversal com uma amostra de 108 pessoas dependentes de drogas que se encontravam em tratamento de desabitação no distrito do Porto.

A amostra, maioritariamente do sexo masculino, com uma idade média de 45 anos e baixa escolaridade, apresentava um longo historial de consumo de substâncias, especialmente em policonsumos, com início em idades muito precoces. A amostra encontrava-se dividida entre os que se mantinham abstinentes (47,2%) e os que mantinham consumos, paralelamente ao tratamento (52,7%).

A análise descritiva dos resultados obtidos com a aplicação do QLI (Ferrans e Powers, 1984) permitiu-nos concluir que a amostra avaliava positivamente a sua qualidade de vida. A análise inferencial permitiu-nos ainda constatar que os participantes do sexo feminino, os não ativos (desempregados e reformados) e que viviam sozinhos, os que já realizaram vários tratamentos de desabitação e os que mantinham consumos, apresentavam uma percepção mais negativa sobre a sua qualidade de vida. Os participantes consideravam ainda que a dependência é uma doença crónica e grave, tendo consciência de que deveriam seguir as indicações terapêuticas, mas valorizando também a força interior e a determinação para fazer face às dificuldades associadas ao tratamento. Consideravam ainda que os técnicos de saúde os ajudavam a ultrapassar as dificuldades, mas poderiam apoiá-los ainda mais, nomeadamente nas questões económicas e de suporte emocional.

Palavras-Chave: Dependência de drogas; Qualidade de vida; Enfermagem.

ABSTRACT

Quality of life of individuals with addictive problems

This study aims to improve the comprehension about the implications of addiction to illicit and legal drugs (including alcohol), on the individual's quality of life, with the purpose of creating a nursing intervention program. The objectives were: to evaluate the perception of quality of life of individuals with addictive problems; describe the factors that influence this perception; to compare the perception of quality of life of individuals addicted to licit drugs to the quality of life perceived by individuals addicted to illicit drugs; and finally, to describe the differences on the perception of quality of life according to sociodemographic variables, health status and type of treatment.

Developed under a quantitative paradigm, this is a descriptive and cross-sectional study, with a sample of 108 drug addicted individuals who were under treatment in institutions on the district of Porto.

The sample was constituted predominantly by males, with a mean age of 45 years and low education level, who had a long career of substance use, especially in multiple consumption, that started early in life. The sample was divided in two groups, one with individuals who were abstinent (47,2%) and another with those who remained consuming drugs while in treatment (52,7%).

The descriptive analysis of the results obtained with the administration of QLI (Ferrans and Powers, 1984) showed that as a group, the participants had a positive perception about their quality of life. The inferential analysis also demonstrated that those who had a more negative perception about their quality of life were females, non-active (unemployed or retired), who lived alone and that have already experienced several treatments, but maintain their consumption.. The results also showed that participants considered addiction as a chronic and serious illness, knew that they should follow the therapeutic indications, and identified and valued the inner strength and determination need to overcome the difficulties associated with treatment. Finally, patients also reported that they believed that health professionals helped them to overcome difficulties, but thought that they should support them even more, especially at the economic and emotional levels.

Keywords: Drug addiction; Quality of life; Nursing.

0. INTRODUÇÃO

A enfermagem toma por objeto de estudo, as respostas humanas envolvidas nas transições, geradas por processos do desenvolvimento ou por eventos significativos da vida que exijam adaptação, como por exemplo, a doença e o seu tratamento. Assim, e centrada neste conceito de transição, a enfermagem é definida como o processo facilitador das transições promotoras de sentimentos de bem-estar (Meleis, 2007).

Para que este progresso seja coerente, a investigação deve associar-se à prática profissional de enfermagem (Polit e Beck, 2011). É pela investigação que se aumenta o corpo de conhecimentos e se elaboram teorias capazes de fundamentar cientificamente a enfermagem, essenciais para o progresso desta como disciplina (Silva, 2007, a.). De acordo com este mesmo autor, as necessidades das pessoas em cuidados de saúde constituem a alavanca fundamental para as mudanças nos sistemas de fornecimento de cuidados. A enfermagem, pelo seu mandato social e pela sua natureza específica pode, no contexto da equipa de saúde, constituir-se como um recurso mais efetivo do sistema para responder às necessidades de saúde das populações. Importa evoluir, no âmbito do exercício profissional, dos modelos em uso, circunscritos em demasia ao paradigma biomédico, para modelos nos quais haja maior valorização da teoria de enfermagem, com ênfase nas respostas humanas envolvidas nas transições (Ibidem).

Por outro lado, a avaliação da qualidade de vida fornece informação pertinente acerca da forma como a pessoa integrou as mudanças secundárias à sua doença e tratamento no seu dia-a-dia, proporcionando conhecimento sobre o processo de transição ao longo do tempo (Meleis, 2007). Neste contexto, e quando utilizada em avaliações repetidas, constitui-se como um indicador de processo e/ou um indicador de resultado (Ibidem).

A toxicodependência é um fenómeno atual e planetário que afeta a vida de muitos indivíduos da nossa sociedade (Teixeira e Ricou, 2008). Os dados estatísticos mundiais, embora escassos, demonstram a abrangência do problema, reconhecido como uma doença crónica, que se inicia, em geral, em idades muito precoces e que se mantém ao longo de toda a vida. Associado a uma progressiva dependência

física e psicológica, implica uma necessidade obsessiva e coerciva de procura da droga que converge numa deterioração do autoconceito e da relação com a sociedade, com perda de laços afetivos e associada a um conjunto de comportamentos antissociais, como o roubo, a agressividade ou a prostituição (Adés e Lejoyeux, 2004; Roche *et al.*, 2004).

A compreensão sobre o processo da dependência de drogas, quer pela sua amplitude epidemiológica, como pela sua representatividade clínica, assume-se como uma necessidade incontornável na esfera dos programas de saúde dirigidos à toxicodependência (APA, 2002). A necessidade de aumentar o conhecimento sobre a amplitude desta problemática, embora realçada em diferentes contextos teóricos e práticos, tem sido pouco investigada no nosso país.

Por outro lado, a qualidade de vida é reconhecida como uma medição de resultados importantes no sentido das tomadas de decisão respeitantes aos recursos e a criação de programas específicos de intervenção em saúde, nomeadamente em saúde mental (Berlim e Fleck, 2003; Relvas, 2005; Ribeiro, 2007).

O interesse na avaliação da qualidade de vida tem crescido muito substancialmente nos últimos anos, embora ainda exista um número reduzido de estudos que avaliem a qualidade de vida em pessoas consumidoras de drogas e que utilizem esse conceito na avaliação da eficácia das intervenções realizadas em saúde (Escudeiro *et al.*, 2006). No entanto, consideramos que a análise dessa dimensão na toxicodependência é de particular relevância, dada a reconhecida perturbação que as drogas acarretam para a vida dos seus consumidores, a nível físico, emocional e social (Ibidem).

Os profissionais de saúde mental que cuidam de pessoas com dependência de substâncias estão, cada vez mais, conscientes da necessidade de entender melhor a perceção individual sobre o estado de saúde e qualidade de vida dos dependentes de drogas, quer estas sejam lícitas, como o álcool, ou ilícitas.

Esta dissertação pretende refletir um percurso de investigação que realizamos no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto, tendo como finalidade melhorar a compreensão sobre as implicações da problemática aditiva na qualidade de vida dessas pessoas, tendo em vista a criação de um programa de intervenção em enfermagem.

Neste contexto, e para este estudo, foram definidos os seguintes objetivos principais: Avaliar a perceção de qualidade de vida das pessoas com problemáticas

aditivas; Descrever os fatores que condicionam a qualidade de vida dessas pessoas; Comparar a percepção de qualidade de vida dos indivíduos com dependências de drogas lícitas (nomeadamente o álcool) e os dependentes de drogas ilícitas; e ainda descrever as diferenças encontradas na percepção de qualidade de vida, de acordo com as variáveis sociodemográficas, de saúde e de tratamento dessas pessoas.

Tendo em conta o reduzido número de estudos encontrados no contexto e cultura portuguesas, realizamos um trabalho de índole descritiva, com uma abordagem essencialmente de cariz quantitativo.

No sentido de definirmos os termos, devemos clarificar que, ao longo do texto, abordaremos a questão da dependência de drogas, tomando como referência as drogas consideradas lícitas, ou seja, as drogas socialmente aceites, sobre as quais incidiremos a nossa atenção exclusivamente no álcool, e como drogas ilícitas, todas as restantes drogas habitualmente não aceites em termos sociais.

Também utilizaremos o termo “dependência” querendo significar a presença de três ou mais dos seguintes critérios, ocorrendo conjunta e repetidamente por um ano “(...) *o forte desejo de tomar a droga; a dificuldade de controlar o consumo; a utilização persistente apesar das complicações nefastas; a maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações; o aumento da tolerância pela droga e o estado de abstinência física*” (CID-10 cit. por Stefanelli et al., 2008, pág. 604).

No contexto do presente trabalho, assumimos a definição do conceito de “qualidade de vida” preconizada pela OMS como “*a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (WHOQOL Group, 1996, cit.por Ribeiro, 2007).

Após a presente introdução, este trabalho está dividido em quatro grandes capítulos, ao que se seguem as conclusões gerais do estudo.

No primeiro capítulo, denominado enquadramento teórico abordamos, numa primeira parte, as questões associadas à pessoa com dependência de drogas, fazendo alusão às características das drogas mais utilizadas no contexto português e suas consequências para o indivíduo, nomeadamente as questões da tolerância, dependência e *craving*, bem como os seus componentes desenvolvimentais e as principais linhas de gestão e intervenção na problemática da droga e sua

dependência. Ainda no mesmo capítulo fazemos alusão ao conceito de qualidade de vida relacionado com a saúde e sua avaliação, mais especificamente na pessoa com dependência de drogas, realizando uma revisão de estudos nacionais e internacionais realizados nessa área. Terminamos o capítulo abordando a importância da avaliação da qualidade de vida para a prática de enfermagem.

No segundo capítulo, denominado enquadramento metodológico, descrevemos os procedimentos de cariz científico levados a cabo para dar resposta aos objetivos propostos e respetivas questões de investigação. Assim, abordamos o desenho do estudo, as variáveis em análise, a população e amostra, os instrumentos utilizados para a colheita dos dados, os procedimentos de recolha e ainda a previsão sobre a análise de dados a ser realizada.

O terceiro capítulo refere-se à apresentação dos resultados. No sentido de tornar mais clara a exposição, optamos por apresentar os resultados, de acordo com as questões de investigação propostas.

O quarto capítulo diz respeito à discussão dos resultados. Tendo por base as questões de investigação e os resultados encontrados na análise dos dados recolhidos, fazemos a nossa interpretação dos resultados, confrontando-os com as evidências científicas encontradas na literatura. Terminamos o capítulo descrevendo as limitações do estudo, sua validade e implicações para a continuidade da investigação na área da toxicodependência e ainda para a prática de enfermagem.

Após as principais conclusões do estudo, descrevemos as referências bibliográficas utilizadas ao longo do presente relatório.

Em anexo, apresentamos os documentos considerados necessários para a compreensão do percurso realizado ao longo do desenvolvimento deste trabalho.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, realizamos uma síntese da evidência científica atual mais relevante sobre a temática em estudo, atendendo aos seus objetivos e variáveis principais em análise. A pesquisa foi realizada essencialmente em documentos físicos (livros) e nos motores de busca Google Scholar, EBSCO Host, ELSEVIER e RCAAP, utilizando os termos de pesquisa: “drug abuse”, “drug addict”, “drug dependence”, “substance abuse” e “quality of life”.

Assim, num primeiro ponto, referimo-nos à amplitude da problemática da pessoa com dependência de drogas, indicando os seus principais grupos e efeitos sobre a pessoa dela dependente, bem como a autogestão e intervenção profissional que ela exige.

Num segundo ponto, abordamos a questão da qualidade de vida, nomeadamente a qualidade de vida relacionada com a saúde da pessoa dependente de drogas, analisando ainda as suas repercussões para a intervenção de enfermagem.

1. A Pessoa com Dependência de Drogas

Os conceitos vigentes sobre as bases biológicas da utilização abusiva de álcool e outras drogas alteraram-se profundamente nos últimos anos (Volkow e Li, 2005). Os recentes avanços nos campos da genética, biologia molecular, neurofarmacologia comportamental e imagiologia cerebral têm alterado dramaticamente o nosso entendimento sobre o processo de dependência e recaída. A dependência é agora reconhecida como uma doença crónica que envolve interações complexas entre a exposição repetida a drogas, os fatores biológicos (genéticos e desenvolvimentais) e os fatores ambientais (isto é, a disponibilidade de drogas, a sociedade e as variáveis de cariz económico) (APA, 2002).

O tratamento das dependências exige, em geral, não só uma intervenção de longo prazo, mas também uma abordagem multifacetada que inclui o médico psiquiatra, o enfermeiro, o assistente social e o psicólogo. Além disso, porque a dependência

de drogas começa geralmente na adolescência ou no início da idade adulta e é frequente a sua comorbidade com a doença mental, precisamos de expandir as nossas intervenções de tratamento nessa faixa etária, tanto para o abuso de substâncias como para a doença psiquiátrica (Volkow e Li, 2005).

Os dados estatísticos de 2003 indicam que nos Estados Unidos, à data, 9,1% do total da sua população, ou seja, cerca de 21,6 milhões de pessoas com 12 anos de idade ou mais, tinham dependência ou abuso de substâncias psicoativas (álcool ou drogas ilícitas que causam dependência) (Ibidem).

De acordo com o European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), em 2007 e num universo de 12.202 portugueses entre os 15 e os 64 anos, 11,7% eram consumidores regulares de cannabis; 1,9% de cocaína; 1,3% de ecstasy; 0,9% de anfetaminas e 0,6% de LSD.

Também de acordo com o programa “Health for all” da Organização Mundial de Saúde (DGS, 2010), o consumo anual de álcool puro em Portugal, *per capita*, em 2003, era de 9,38 litros, visualizando-se uma ligeira descida desde 1990, altura em que esse valor era de 12,84 litros. No entanto, o mesmo documento (DGS, 2010) referindo-se a um estudo realizado pelo Instituto Português da Droga e da Toxicodependência, indica que o número de novos casos de consumo de drogas ilícitas registados em Portugal (correspondendo às primeiras consultas realizadas em estabelecimentos públicos), aumentou de 4644 em 1991 para 7019 em 2008, e o número de óbitos aumentou, no mesmo período, de 143 para 338.

Ao contrário destes dados estatísticos, alguns estudos indicam que o abuso de drogas ilícitas e de nicotina em indivíduos jovens, aparentemente, começou a declinar (Feijão, Lavado e Calado, 2011; Volkow e Li, 2005). Ao mesmo tempo, outras pesquisas revelam níveis preocupantemente elevados de uso não médico de outras drogas, como estimulantes, analgésicos opiáceos, e benzodiazepinas. Esta tendência, mais grave nos casos dos analgésicos, reflete um conjunto de fatores associados, incluindo o aumento do número de prescrições de alguns desses medicamentos, a sua alusão frequente pelos media, e o seu acesso relativamente fácil (p. ex. alguns não requerem prescrição médica) (Volkow e Li, 2005).

Outro fator que pode contribuir para esse aumento é um novo padrão de abuso de drogas que é iniciado pelo desejo de obter melhorias no desempenho. Por exemplo, os medicamentos estimulantes são cada vez mais utilizados por estudantes do ensino médio e universitário, para melhorar as suas classificações, bem como para conseguirem uma imagem corporal em conformidade com as normas vigentes. Nos adultos, elas são utilizadas essencialmente para ajudar a

lidar com ambientes altamente competitivos. Assim, e apesar da leve tendência mundial no sentido da sua diminuição, a prevalência de abuso de drogas continua inaceitavelmente alta (Volkow e Li, 2005).

O consumo de benzodiazepinas (ansiolíticos ou hipnóticos) com ou sem prescrição médica em população não dependente, tem vindo a aumentar nos últimos anos, nomeadamente em Portugal que, de acordo com o International Narcotics Control Board, apresenta um dos maiores níveis de utilização de benzodiazepinas a nível europeu (Furtado e Teixeira, 2006). Não sendo possível distinguir grupos mais vulneráveis à sua utilização, nomeadamente em relação à idade, situação de emprego ou região habitacional (Furtado e Teixeira, 2006), a sua utilização é muito comum na população ativa (Molina e Miasso, 2008) e estudantes, nomeadamente de enfermagem (Paredes, Miasso e Tirapelli, 2008), no sentido de diminuir sintomas como a ansiedade, o stress, a insónia ou para atenuar o efeito de problemas gerais, como os problemas familiares, as situações de trabalho ou as económicas. Também a utilização destes fármacos mostrou evidência de associação com a solidão, a utilização de estratégias de coping de tipo evitamento/negação, a baixa escolaridade e a morbilidade psiquiátrica (Zandstra *et al.*, 2004).

Por outro lado, as drogas parecem ser utilizadas de forma indiscriminada, parecendo os seus utilizadores não conhecer ou não valorizar as suas implicações para a saúde, especialmente quando associadas ao álcool ou a outras drogas. As suas implicações para a saúde incluem a dependência (Auchewski *et al.*, 2004), as tentativas suicidas com amnésia anterógrada (Eizadi-Mood *et al.*, 2007), o coma ou mesmo a morte (Szara e Ludford, 1980). Esta utilização excessiva e indiscriminada exige atuação imediata remediativa, no sentido de diminuir a sua utilização (Furtado e Teixeira, 2006; Jorgensen, Toft e Fogh, 2006; Stewart *et al.*, 2007).

Para além dos aspetos anteriormente referidos, não devemos esquecer o enorme impacto económico que está associado ao abuso de substâncias (Volkow e Li, 2005).

1.1.Drogas e seus Principais Efeitos

Em termos gerais, podemos dizer que os danos para a saúde provocados pela utilização abusiva de drogas não são específicos de cada uma delas, pois os seus efeitos gerais estão intimamente relacionados com um conjunto de fatores, nomeadamente:

- a. o tipo de droga utilizada, nomeadamente o seu padrão de utilização (quando utilizado e quantas vezes), e a sua associação com outros medicamentos;
- b. as características individuais (como a idade, o peso, o sexo e o estado geral de saúde), a sua tolerância e experiências anteriores com a substância, incluindo intoxicação; as expectativas de uso e os seus efeitos; o estado de humor e saúde psicológica;
- c. o ambiente, nomeadamente os fatores que influenciam os efeitos da droga e o seu padrão de uso, como as configurações sociais; o contexto de utilização e os padrões de uso de drogas de acordo com o ritual ou cultura (Roche *et al.*, 2004).

No entanto, a literatura descreve, para cada tipologia de droga, os efeitos específicos pretendidos pelo seu consumidor (efeitos da intoxicação) e os correspondentes efeitos prejudiciais para a saúde, que apresentamos, em síntese, no quadro seguinte.

Quadro 1 - Tipos de drogas e seus principais efeitos

TIPOS DE DROGAS	DROGAS	EFEITOS TÓXICOS/PROCURADOS	POTENCIAIS PREJUDICIAIS PARA A SAÚDE
Álcool	Álcool	Sensação de redução da dor e da ansiedade; sensação de bem-estar; redução das inibições.	Trauma; efeitos múltiplos sobre o sistema respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, hematológico e neurológico; dependência.
Opiáceos	Heroína Codeína Fentanil Morfina Metadona Buprenorfina Petidine	Sensação de bem-estar; analgesia; euforia; sonolência.	Depressão e paragem respiratória; náuseas; confusão mental; obstipação; sedação; inconsciência; coma; tolerância; dependência.
Estimulantes	Anfetaminas Cocaína MDMA/ Ecstasy Nicotina Cafeína	Sensação de desinibição; aumento da energia e do estado de alerta mental; aumento da frequência cardíaca, da pressão sanguínea e do metabolismo.	Batimentos cardíacos rápidos ou irregulares; redução do apetite; perda de peso; insuficiência cardíaca; dependência.

Canabinóides	Cannabis Haxixe Marijuana	Sensação de bem-estar; relaxamento; desinibição; euforia; raciocínio e tempo de reação lentos.	Tosse; infeções respiratórias; perturbações da memória e da aprendizagem; aumento da frequência cardíaca; ansiedade; ataques de pânico; tolerância; dependência.
Depressores do SNC	Barbitúricos Benzodiazepinas	Redução da dor e da ansiedade; sensação de bem-estar; diminuição da inibição; diminuição do pulso, da respiração; e da pressão arterial; dificuldade de concentração.	Confusão mental; fadiga; diminuição da coordenação motora; diminuição da memória e de julgamento; depressão e paragem respiratória; dependência.
Outros	Alucinogénios (como o LSD); anestésicos dissociativos (como a Ketamina); inalantes (como os nitritos solventes); esteroides.	Efeitos vários	Efeitos vários

Adaptado de Roche *et al.*, 2004.

Apresentamos, em seguida, uma síntese sobre as principais características e efeitos dos diferentes grupos de drogas. Por uma questão de síntese, faremos referência apenas a uma droga de cada um dos grupos, nomeadamente a mais utilizada no contexto português.

Álcool

Desde a antiguidade que o álcool é considerado como uma droga. É ainda uma das poucas drogas psicotrópicas cujo consumo é admitido e até incentivado pela sociedade (Shand, *et al.*, 2003). A partir da Revolução Industrial registou-se um aumento crescente na oferta de bebidas alcoólicas, contribuindo para um aumento do seu consumo e, conseqüentemente, um aumento no número de pessoas que passaram a ter problemas devido ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas (Adés e Lejoyeux, 2004).

Em Portugal, o consumo de álcool está frequentemente associado a acontecimentos desportivos, festas de estudantes ou queima das fitas. As bebidas alcoólicas são uma droga lícita e bem aceite pela comunidade que estimula o seu consumo, sendo muitas vezes reforçada por falsas crenças como “*beber um copo de vinho às refeições ajuda o coração*”, entre outras. No entanto, há uma omissão dos malefícios do consumo exagerado do álcool que contribui para a fragmentação

familiar, perda de produtividade no estudo e no trabalho, além de inúmeras causas de patologia (Cabral, Farate e Duarte, 2007; Mello, Barrias e Breda, 2001). O álcool, cujo principal ingrediente psicoativo é o álcool etílico, é depressor do sistema nervoso central, contribuindo para as alterações na cognição, no humor e no comportamento. O álcool é rapidamente absorvido a partir do intestino delgado, nomeadamente através da circulação portal (cerca de 80%) e do estômago (cerca de 20%), atingindo o cérebro dentro de cinco minutos após a ingestão, com um pico de concentração sanguínea entre 30 a 90 minutos. A sua distribuição é rápida através dos tecidos com alto teor de água. O álcool atravessa facilmente as barreiras hemato-encefálica e placentária. 95% do álcool é metabolizado pelo fígado em dióxido de carbono e água, e 1 a 5% é excretado inalterado na urina, na saliva, nas fezes e no suor (Kenny *et al.*, 2009; Roche *et al.*, 2004).

A intoxicação alcoólica aguda é chamada também de embriaguez simples que pode suceder a qualquer indivíduo, desde que consuma determinadas quantidades de álcool. Desenvolve-se em três fases: excitação motora (desinibição, euforia, redução da ansiedade, entre outros), descoordenação (com aumento dos sintomas no plano psíquico até à incoerência das ideias), e comatosa (o indivíduo fica sem sensibilidade a todas as excitações motoras ou sensoriais) (Adés e Lejoueux, 2004).

Os comportamentos alcoólicos crónicos surgem como resultado da ingestão diária de álcool em quantidade superior àquela que o seu organismo pode eliminar, o que provoca um estado de permanente intoxicação alcoólica. A evolução pode levar à dependência, e por conseguinte à sua cronicidade. Esta cronicidade é responsável por alguns problemas sociais, designadamente absentismo no trabalho, elevados custos com internamentos de longa permanência, incapacitação por invalidez, reforma precoce, entre outros (Ibidem).

A abstinência do álcool caracteriza-se pelo desenvolvimento de sintomas num período aproximado de 4-12 horas após a redução do consumo de álcool continuado, prolongado e maciço (APA, 2002).

O uso regular e em pequena quantidade diária de álcool, parece contribuir para a prevenção de problemas cardíacos. No entanto, a sua utilização em grandes quantidades e de forma continuada produz dependência física e psicológica (Ibidem).

De acordo com Victoria Police (2001) e Ryder *et al.* (2001), citados por Roche *et al.* (2004), os efeitos orgânicos do álcool, vão aumentando progressivamente à

medida que aumenta a sua concentração sanguínea, podendo levar até à falência respiratória, coma e morte, se a sua concentração for superior a 0.40 g / 100 ml sangue.

O alcoolismo representa, consensualmente, um problema de saúde muito importante e que afeta milhões de pessoas no mundo inteiro. Há muito tempo que a dependência do álcool tem vindo a ser estudada por vários autores, porém, ainda não foram encontradas todas as respostas necessárias (Serecigni *et al.*, 2007).

Segundo dados do World Drink Trends (2005) (Institute of Alcohol Studies, 2006), no ano de 2003, que vêm de encontro aos já anteriormente referidos (DGO, 2010), foram consumidos em Portugal 9.6 l de álcool puro *percapita*, colocando-nos no oitavo lugar dos países da Europa com maior consumo.

As perturbações relacionadas com o álcool estão associadas a um aumento significativo de risco de acidentes, violência e suicídio, bem como absentismo no trabalho, acidentes de trabalho e baixa produtividade (APA, 2002). Os problemas derivados do consumo de álcool e a sua dimensão atingem a nossa sociedade com repercussões que ultrapassam o próprio indivíduo, originando problemas a nível familiar, laboral e social (Babor e Higgins-Biddle, 2001).

Opiáceos (heroína)

O uso de opiáceos utilizados após prescrição ou como droga ilícita, tem vindo a aumentar em todo o mundo. A maioria das pessoas que usam drogas psicoativas ilícitas, como a heroína, fazem-no numa base irregular. No entanto, estima-se que cerca de um em cada três utilizadores de heroína desenvolvem dependência (Kenny *et al.*, 2009).

Os opiáceos atuam principalmente sobre o sistema recetor opióide para produzir uma gama de efeitos que podem ser terapêuticos ou adversos (efeitos colaterais). Os opiáceos afetam entre outros, os sistemas, nervoso (provocando analgesia, euforia, sonolência e constrição pupilar, entre outros), endócrino (alterações nas hormonas sexuais femininas, masculinas e aumento da hormona antidiurética) e gastrointestinal (provocando náuseas e vômitos, obstipação e espasmo biliar).

O organismo vai, progressivamente, adaptando-se ao uso repetido de opiáceos, pelo que uma dose maior é necessária para produzir o mesmo efeito. O processo é

chamado neuroadaptação e resulta no fenómeno da tolerância (Kenny *et al.*, 2009).

Um dos opiáceos mais utilizados como droga ilícita é a heroína. A heroína é um opiáceo potente derivado da morfina. Habitualmente é injetada por via intravenosa, embora esteja a aumentar o seu uso por via fumada ou inalada. É, no entanto, pouco utilizada, por via oral. É uma droga de curta duração, com rápido aparecimento dos seus efeitos (geralmente ao fim de poucos minutos), sendo amplamente metabolizada pelo fígado, mantendo os efeitos pretendidos por um período de três a seis horas (Ibidem).

A característica essencial da intoxicação por opiáceos é a presença de alterações comportamentais ou psicológicas desadaptativas e clinicamente significativas, como por exemplo, euforia inicial seguida de apatia, disforia, agitação ou lentificação psicomotora, défices de discernimento ou no funcionamento social (APA, 2002). Os consumidores dependentes de heroína têm também habitualmente uma maior incidência de ansiedade, depressão, ideação, suicídio e baixa autoestima (Roche *et al.*, 2004).

São ainda comuns os problemas sociais, comunitários, financeiros, legais, com consequências no trabalho, educação dos filhos e amizades, entre outros. Por exemplo, a dependência de opiáceos está geralmente associada a uma história de crimes relacionados com a droga, como a posse ou o tráfico de drogas, falsificações, arrombamentos, furtos ou a recetação de objetos roubados. Também o desemprego ou o emprego irregular e o divórcio em todos os níveis socioeconómicos estão comumente associados à dependência de opiáceos (APA, 2002).

Os homens são mais frequentemente afetados pela dependência de opiáceos, nomeadamente a heroína, com um rácio de três homens para uma mulher. A dependência tem habitualmente início no final da adolescência ou no início da segunda década da vida, e tende a diminuir após os 40 ou 50 anos de idade (Ibidem).

Estimulantes (cocaína)

A cocaína é um estimulante derivado da planta da coca. É importado sob a forma de um sal de cocaína, cloridrato, um pó cristalino branco inodoro com gosto amargo. A base da cocaína pode ser extraída a partir do pó para rochas que formam cristais conhecidos como "*free base*" ou "*crack*" que são fumados, produzindo fortes efeitos subjetivos quase que de imediato (APA, 2002; Roche *et al.*, 2004).

A cocaína bloqueia a captação de dopamina (DA), noradrenalina e serotonina em locais pré-sinápticos, aumentando assim a concentração destes transmissores nos recetores pós-sinápticos (Chesher, 1993, cit por Roche *et al.*, 2004). A concentração de dopamina é particularmente aumentada, o que se pensa ser a base para o potencial do abuso da cocaína. A cocaína também estimula o sistema nervoso simpático, responsável pelos efeitos de ativação. A maior parte do fármaco ativo é metabolizado no fígado, mas uma pequena quantidade é excretada inalterada na urina.

A cocaína é geralmente administrada intranasal (inalada) ou por via intravenosa (APA 2002).

O seu início de ação é rápido, ou seja, no prazo de oito minutos, quando inalado e/ou fumado, e cerca de dois minutos quando injetada. Os níveis sanguíneos máximos desenvolvem-se dentro de 5 a 30 minutos e a sua duração de ação é relativamente curto, tipicamente de 15 a 30 minutos quando a droga é injetada e cerca de 60 minutos quando inalada (Chesher, 1993, Platt, 1997, cit por Roche *et al.*, 2004).

Por outro lado, a evidência sugere que aqueles que injetam cocaína tendem a ter uma maior frequência e quantidade de uso, e sofrem mais danos associados do que aqueles que a inalam (Kaye *et al.*, 2000, cit por Roche *et al.*, 2004). Em contrapartida, aqueles que a inalam, tendem a fazê-lo num contexto social (como em festas), e tendem a associar drogas de outros tipos, como o ecstasy, metanfetamina e/ou o álcool (Topp *et al.*, 2000, cit por Roche *et al.*, 2004).

Os principais efeitos desejados com a utilização de cocaína são a euforia, a sociabilidade, o aumento da confiança e os sentimentos de controlo, o aumento da energia, a diminuição da necessidade de sono, o apetite diminuído e o aumento temporário da atividade funcional e eficiência (APA, 2002).

Por outro lado, a utilização de cocaína em doses elevadas produz reações tóxicas que podem levar a overdose, com sintomas como: comportamento estereotipado e

repetitivo, agitação, ansiedade grave ou pânico, agressão ou hostilidade, contrações musculares, tremores e perda de coordenação dos movimentos, reflexos aguçados, insuficiência respiratória, dor anginosa, edema pulmonar, insuficiência renal aguda, convulsões, AVC agudo, confusão ou delírio, alucinações, mais frequentemente auditivas, visuais e táteis ou cinestésicas (a sensação de insetos rastejando sob a pele), tonturas, rigidez muscular e arritmias cardíacas, entre outros (Kenny *et al.*, 2009).

A morte é relativamente rara, mas está associada a rigidez muscular, delírio, agitação, acidente vascular cerebral, arritmias cardíacas e temperatura corporal elevada (Stefanelli *et al.*, 2008).

Também a síndrome de abstinência da cocaína, que atinge o seu pico ao fim de dois a quatro dias, é uma questão séria e manifesta-se por um conjunto de sintomas que incluem o humor disfórico (com anedonia e tristeza), fadiga, insônia ou sonhos desagradáveis, agitação ou letargia psicomotora e aumento do apetite. Estes sintomas podem persistir até à décima semana após abandono do seu uso (Lago e Kosten, 1994, cit. por Roche *et al.*, 2004). No entanto, alguns autores sugerem que o desejo da cocaína e de retomar o seu uso pode persistir indefinidamente, mesmo após a abstinência completa (Gawin e Kleber, 1986, cit. por Roche *et al.*, 2004).

As pessoas dependentes de cocaína podem despender grandes quantidades de dinheiro na droga em períodos de tempo muito curtos. Como resultado, o utilizador dessa substância pode envolver-se em comportamentos antissociais como roubos, prostituição, tráfico de drogas, ou pedir adiantamentos de ordenados para obter fundos que lhe permitam a sua aquisição. Nesse contexto, as responsabilidades como o trabalho ou cuidar dos filhos podem ser bastante negligenciadas para obter ou utilizar cocaína (APA, 2002).

Canabinóides (cannabis)

Cannabis é o nome genérico utilizado para denominar o produto extraído da planta “cannabis sativa”, que contém cerca de 400 substâncias químicas, sendo 60 delas responsáveis pelos seus efeitos psicoativos (Roche *et al.*, 2004). O principal ingrediente psicoativo é o delta-9-tetrahydrocannabinol (THC). Quando as folhas superiores e os ramos da planta da cannabis são cortados, secos e enrolados em cigarros, o produto é geralmente designado de marijuana. O haxixe consiste no

exsudado resinoso e seco que escorre do topo e da parte inferior das folhas de cannabis (APA, 2002; Kenny *et al.*, 2009).

Os efeitos psicotrópicos da cannabis são máximos ao fim de 20 minutos e duram cerca de duas a quatro horas. Os níveis de canabinóides podem, no entanto, ser detetados na urina até 28 dias após o seu uso (Roche *et al.*, 2004).

Os seus principais efeitos pretendidos são o relaxamento, a sensação de bem-estar (euforia), a desinibição, as elevadas perceções visuais e auditivas, o aumento do apetite, a percepção do tempo alterada, a dificuldade de concentração ou a tendência para focar a atenção numa atividade particular. Pode ainda dar origem a um conjunto de efeitos não pretendidos, como a ansiedade e pânico, a paranoia, as alucinações auditivas e visuais, a descoordenação motora, a perda de memória a curto prazo e as arritmias cardíacas, não estando, no entanto, associado a overdose fatal (Stefanelli *et al.*, 2008).

A sua utilização regular (diária ou quase diária) provoca malefícios para a saúde, nomeadamente o síndrome de dependência de cannabis (caracterizado por sintomas físicos, cognitivos e comportamentais, tais como a incapacidade de controlar o uso e a tolerância), o comprometimento cognitivo subtil (afetando a atenção, a memória, bem como a organização e a integração de informações complexas), os efeitos adversos associados com vias aéreas (tais como a bronquite crónica e as alterações histopatológicas do parênquima e células epiteliais, de cariz neoplásico), a probabilidade de um aumento de outros carcinomas (tais como o da orofaringe), a contagem de espermatozoides reduzida, bem como efeitos negativos sobre o desenvolvimento do feto (muitas vezes associado a baixo peso à nascença) (APA, 2002).

Os grupos de maior risco são os adolescentes, as mulheres grávidas, as pessoas com problemas respiratórios, cardiovasculares e/ou com problemas psiquiátricos (como a esquizofrenia) (Kenny *et al.*, 2009).

A síndrome de abstinência é leve e pode manifestar-se através de ansiedade, irritação, transpiração, tremores ou dores musculares. Os sujeitos com dependência podem utilizar cannabis muito potente durante todo o dia ao longo de um período de meses ou anos, despendendo várias horas por dia na aquisição e utilização da substância. Isto interfere frequentemente com as atividades familiares, escolares, laborais e recreativas (APA, 2002; Kenny *et al.*, 2009).

A cannabis é provavelmente a substância ilícita mais utilizada mundialmente (Swift *et al.*, 2001, cit. por Roche *et al.*, 2004), o que gerou a especulação de que esta se tratava da “*porta de entrada para o mundo das drogas*” (APA, 2002,

pág.240). É utilizada com mais frequência pelo sexo masculino em pessoas com idade entre os 18 e os 30 anos, sendo habitualmente consumida em associação a outras drogas, como a nicotina, o álcool e a cocaína (APA, 2002).

Depressores do SNC (benzodiazepinas)

Os benzodiazepínicos são depressores do SNC, com propriedades sedativas, ansiolíticas, anticonvulsivantes, hipnóticas e relaxantes musculares, comumente utilizados no tratamento da abstinência do álcool (para impedir o delírio tremens) ou de outras drogas, no tremor, na epilepsia e na agitação em transtornos psiquiátricos (Kenny *et al.*, 2009).

Apresentam como resultados, os deficits de desempenho (incluindo perda de memória, descoordenação motora, diminuição do tempo de reação e ataxia). São tranquilizantes utilizados habitualmente na prática clínica, mas também usados com fins ilícitos e não prescritos (Ibidem).

As benzodiazepinas potenciam os efeitos do ácido gama-aminobutírico (GABA), que é o principal neurotransmissor inibitório no SNC, ligando-se a recetores GABA-A complexo (Cape *et al.*, 2002, cit. por Roche *et al.*, 2004). São relativamente lipofílicos (solúveis em gordura) e pouco solúveis em água.

São rápida e completamente absorvidos por via oral, atingindo concentrações plasmáticas máximas entre meia hora e duas horas após a ingestão.

Os benzodiazepínicos entram rapidamente no SNC e são então distribuídos no tecido adiposo menos vascularizado. Todos eles atravessam a barreira placentária e resultam em sonolência, letargia, fraqueza muscular ou hipotonia, nistagmo, vertigens, disartria, fala lentificada, visão turva, boca seca, cefaleias e depressão (Diretrizes Terapêuticas Ltd., 2000, cit. por Roche *et al.*, 2004). A longo prazo dão origem essencialmente a embotamento emocional, irregularidades menstruais, ingurgitamento mamário e dependência.

São potenciados por outros depressores do SNC como por exemplo, o álcool e os opióides, com probabilidade crescente de depressão respiratória (Police, 2002 e Cape *et al.*, 2002, cit. por Roche *et al.*, 2004).

O grupo de maior risco na utilização de benzodiazepinas são os idosos, graças ao maior risco de quedas e fraturas (Leipzig *et al.*, 1999, cit. por Roche *et al.*, 2004). Também o risco de overdose está aumentado, em pessoas que utilizam os benzodiazepínicos em associação com a heroína ou o álcool (Zador *et al.*, 1996, cit. por Roche *et al.*, 2004).

Os sintomas de abstinência geralmente incluem a insónia, a ansiedade, a irritabilidade, a agitação, os espasmos musculares e dores, a hiperacusia, a fotofobia, os distúrbios perceptivos, a depressão, as convulsões e o delírio (Stefanelli *et al.*, 2008).

Outros (alucinogénios e “droga das festas”)

Enquanto que uma variedade de drogas têm potencial para produzir alucinações (por exemplo a cannabis e as anfetaminas), no caso dos alucinogénios, esta é a principal finalidade para a qual a droga é consumida.

Os alucinogénios mais comuns incluem a dietilamida do ácido lisérgico (LSD ou ácido), os cogumelos mágicos (contendo psilocibina e outros compostos ativos), e os anticolinérgicos (medicamentos e fontes vegetais).

Estas drogas são normalmente utilizadas pela via oral e numa base irregular, ao contrário da maioria das restantes drogas que são geralmente consumidas de forma regular e dependente (Kenny *et al.*, 2009).

Os principais efeitos da toxicidade aguda são os comportamentos alucinantes que perturbam a própria pessoa, acompanhados de agitação, sentimentos de pânico e perda de controlo. Estes efeitos podem ser causados por dose elevada ou de uma resposta disfórica em vez da resposta esperada (eufórica).

Outros sinais e sintomas dependem do fármaco consumido. Por exemplo o LSD e os cogumelos mágicos podem produzir efeitos simpáticos incluindo a taquicardia, o tremor e a hiperreflexia (Kenny *et al.*, 2009).

Um outro conjunto de drogas é habitualmente conhecido como “drogas das festas”, pois são habitualmente consumidas em contextos do que denominam de “raves”, boates ou situações semelhantes (Kenny *et al.*, 2009).

As principais drogas que incluem esta denominação são as anfetaminas e o ecstasy (do grupo dos estimulantes), o LSD (do grupo dos alucinogénios), a ketamina e o GHB (gama-hidroxibutirato).

Estas drogas são consumidas de forma irregular, geralmente em associação com outras drogas, incluindo o álcool, prática esta que aumenta os riscos de intoxicação e de overdose. No entanto, alguns indivíduos podem ainda manifestar reações comportamentais perigosas, como saltar de uma varanda julgando poder voar, devido à falta de insight e discernimento, enquanto intoxicados (APA, 2002).

Policonsumos

É geralmente denominado de policonsumo, o comportamento de utilização repetida ao longo de 12 meses de, no mínimo, três substâncias em associação (não incluindo a cafeína ou a nicotina), sem predomínio de nenhuma delas (APA, 2002; Kenny *et al.*, 2009).

É comum a utilização associada de múltiplas drogas, no sentido de aumentar o efeito pretendido, como a utilização de benzodiazepinas em associação, em especial com a heroína e as anfetaminas (Loxley, 2007).

Iniciando-se habitualmente com o álcool em idades precoces, os consumos vão sendo cumulativamente aumentados e associados a outras drogas (Henriques e Paixão, 2009).

Vias de Administração

O modo de administração das drogas constitui-se como um importante fator mediador, podendo melhorar ou facilitar os seus efeitos (APA, 2002). As vias de administração mais comuns são:

- a. Ingestão oral: provavelmente a mais antiga e a mais comum forma de consumo de drogas. Tem como vantagem a sua fácil ingestão (não necessitando de material acessório para administração) e como desvantagem a absorção lenta de algumas substâncias;
- b. De mastigar: usada para a folha de coca, tabaco e chás. A absorção ocorre através da mucosa oral;
- c. Inalação: inclui “snifar” ou inalar. A absorção faz-se através da mucosa nasal. Esta via pode ser utilizada para o ópio, a cocaína, a heroína, o tabaco, bem como outras substâncias voláteis;
- d. Fumada: é utilizada para uma grande variedade de substâncias, como o tabaco, o cannabis, o ópio, a cocaína, a heroína, as anfetaminas e a fenilciclídina (PCP);
- e. Administração rectal: comumente usada em tratamento médico, é também um método por vezes utilizado por consumidores de drogas. As principais desvantagens são o potencial para absorção incompleta, irregular e imprevisível;

- f. Parentérica: a administração pode ser intravenosa, intramuscular ou subcutânea. Esta forma de administração carrega consigo uma série de riscos importantes para a saúde, incluindo a transmissão de doenças virais e bacterianas, bem como danos nos tecidos corporais.

O consumo abusivo de drogas traz ainda efeitos sociais para os seus consumidores, sendo os mais comumente relatados na literatura os que em seguida se enumeram: problemas interpessoais; discórdia frequente em relacionamentos significativos, levando a ciúmes irracionais e patológicos; paranoia; alienação de redes de apoio social; problemas ocupacionais; produtividade prejudicada; absentismo e perda de emprego; problemas financeiros; aumento de dívidas aos fornecedores e/ou outros; negociação ou outra atividade criminosa pode parecer uma opção financeira viável para apoiar o uso e problemas legais, que em muitos casos, se mantém durante o tempo de reclusão (Henriques e Paixão, 2009; Stefanelli *et al.*, 2008; Torres e Gomes, 2005).

1.2. Tolerância, Dependência e “Craving”

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002), a dependência de substâncias é manifestada por três (ou mais) dos seguintes comportamentos, ocorrendo, em qualquer momento, num período de 12 meses:

1. A tolerância, que é definida por uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância, para atingir a intoxicação ou o efeito desejado, ou ainda uma marcada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade da substância;
2. A abstinência, que é definida por um conjunto de sintomas em que a substância (ou outra similar) é utilizada para aliviar ou evitar os sintomas causados pela sua ausência;
3. A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que foi inicialmente previsto;
4. Existe um desejo persistente ou tentativas frustradas de diminuir ou controlar o uso de substâncias (*craving*);
5. Uma grande parte do tempo é gasta em atividades desenvolvidas para obter a substância ou para recuperar os seus efeitos;

6. As atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas;
7. O uso da substância é contínuo, apesar da consciência sobre os problemas recorrentes associados à sua utilização.

De acordo com Godinho (2006), os conceitos de dependência física e toxicodependência devem ser claramente diferenciados. A dependência física é, para este autor, uma propriedade farmacológica das substâncias que determina a ocorrência de um síndrome de privação específico para a substância, após a redução ou paragem abrupta do seu consumo, da diminuição dos seus níveis sanguíneos ou da administração de um antagonista. Por outro lado tolerância consiste num estado de adaptação, cuja exposição a uma substância conduz a alterações que resultam na diminuição de um ou mais dos seus efeitos ao longo do tempo. Finalmente toxicodependência é, também por ele, definida como

“(...) uma doença primária, crónica, neurobiológica, com factores genéticos, psicossociais e do ambiente que influenciam o seu desenvolvimento e manifestações. Caracteriza-se por comportamentos que incluem um ou mais dos seguintes sintomas: perda de controlo sobre o uso da substância, uso compulsivo, continuação da utilização apesar dos prejuízos causados e craving” (p. 83).

Neste mesmo sentido, alguns autores denominam de *craving*, os sintomas psicológicos caracterizados por perda de controlo sobre o seu estado de intoxicação e desejo obsessivo da droga (Adés e Lejoyeux, 2004).

Os principais critérios para o diagnóstico de dependência de drogas são: o uso continuado de uma droga, apesar de saber que causa danos significativos; a perda de controlo sobre a sua utilização, usando mais ou durante mais tempo do que o pretendido; a recaída repetida apesar da decisão de reduzir ou eliminar o seu uso (APA, 2002).

1.3.Aspetos Desenvolvimentais: Genes, Ambiente e suas Interações

Há poucas dúvidas de que os fatores genéticos desempenham um importante papel na determinação de vulnerabilidades para a procura de drogas e comportamentos aditivos. Os estudos de gêmeos, por exemplo, têm mostrado robustos componentes genéticos para o álcool, opiáceos, cocaína e tabaco (Kreek et al, 2004, cit. por Volkow e Li, 2005). Por exemplo, é já consensual que a dependência de álcool tem um padrão familiar e estima-se que 40 a 60% da variação de risco seja explicada por influências genéticas (APA, 2002).

No entanto, a contribuição dos genes individuais é apenas uma pequena parte do quadro, completa, em grande medida, pelas contribuições ambientais. A conclusão do projeto genoma humano vai permitir uma pesquisa imparcial por genes candidatos, de entre as possíveis sequências de codificação genética (Volkow e Li, 2005).

A evidência científica atual indica que os períodos de maior risco para a procura de drogas coincide com o período da pré-adolescência, adolescência ou de jovem adulto, pois são as pessoas que navegam estes estágios de desenvolvimento, que enfrentam um aumento dos desafios sociais, emocionais e educacionais, mas que também têm um maior acesso a substâncias que causam dependência (Beker e Curry, 2011; Cabral, Farate e Duarte, 2007; Kenny *et al.*, 2009; Lomba *et al.*, 2011; NIDA, 2003).

Associado a estes fatores de risco comportamentais e sociais, é hoje conhecido pela comunidade científica que o desenvolvimento do cérebro continua bem para além da infância e adolescência (Sowell, Thompson e Toga, 2004). Dados de imagiologia mais recentes revelaram que uma das últimas áreas do cérebro a amadurecer é o córtex pré-frontal, que é uma área envolvida no juízo e na tomada de decisão e controle das respostas emocionais (Gogtay *et al.*, 2004). A exposição a drogas em tal etapa desenvolvimental pode aumentar a vulnerabilidade da criança/adolescente para os efeitos de drogas e podem afetar negativamente o desenvolvimento do cérebro. Evidências epidemiológicas mostram ainda que a juventude que começa a abusar de substâncias no início de suas vidas, constitui o grupo de maior risco para o desenvolvimento posterior de dependência crónica às drogas (Spear, 2000, cit. por Volkow e Li, 2005) e ao álcool (Grant *et al.*, 2001 cit. por Volkow e Li, 2005).

Por extensão, é igualmente importante avaliar a vulnerabilidade e os riscos específicos das primeiras etapas da vida. Na verdade, o álcool e o uso de drogas por mulheres grávidas são conhecidos por apresentarem riscos significativos para o crescimento do cérebro do feto, apresentando os mesmos, e em simultâneo, sintomas de abstinência. O comportamento posterior, o desenvolvimento, e a função neurológica também podem sofrer da exposição pré-natal e/ou da exposição na infância. Também, são muito mais frequentes complicações médicas durante o parto, em mulheres que usaram drogas durante a gravidez (Huestis e Choo, 2002). Agora sabemos, por exemplo, que a perda neuronal subjacente ao síndrome do alcoolismo fetal (SAF) é mais grave e muito mais generalizada (afetando muitas regiões do cérebro, medula espinhal e retina) do que anteriormente pensávamos. Estudos em animais mostram claramente que tais deficits dependem da capacidade do etanol entrar no cérebro fetal e interromper a sinaptogénese (Olney, 2004). Esta descoberta pode explicar os cérebros menores e os distúrbios neurocomportamentais e cognitivos associadas à SAF bem estudada no ser humano (Ikonomidou *et al.*, 2000). Também muitas drogas psicoativas atravessam a placenta e as barreiras do cérebro fetal livre e, potencialmente, afetam diretamente o desenvolvimento do cérebro (Benveniste *et al.*, 2005). A literatura indica ainda que a utilização de benzodiazepinas no primeiro trimestre da gravidez e no período de lactação pode causar, entre outros sintomas, sedação, letargia e perda de peso neonatal (Iqbal, Sobhan e Ryals, 2002), bem como malformações fetais como o lábio leporino (Dolovich *et al.*, 1998). Riscos adicionais podem resultar da exposição a fatores ambientais, como toxinas e má nutrição, frequentemente associada ao nível socioeconómico baixo bem conhecido e comum nestas pessoas e passível de influenciar vários parâmetros do desenvolvimento cognitivo (Volkow e Li, 2005).

A imagiologia e os estudos comportamentais sugerem o envolvimento de, pelo menos, quatro circuitos cerebrais que interagem na mediação dos três estados do processo de dependência de drogas: intoxicação, desejo, e abstinência. O primeiro circuito está localizado no núcleo accumbens, que é uma estrutura cerebral próxima do hipocampo no sistema límbico, responsável pela sensação de prazer (Di Chiara, 2002) e que medeia o processo de recompensa (Volkow, Fowler e Wang, 2003). Um segundo circuito que mapeia o córtex orbitofrontal e o córtex subcaloso é responsável pela geração de motivação e respostas emocionais. O terceiro circuito, em que a amígdala e o hipocampo geram memórias e apoiam a aprendizagem condicionada. O último circuito é responsável pelo alto nível de

controle cognitivo e função executiva e é localizado no córtex pré-frontal e no giro singulado (Volkow, Fowler e Wang, 2003).

Além disso, estudos de imagem proporcionam evidência crescente do envolvimento da ínsula temporal na dependência (Volkow, Fowler e Wang, 2004). Uma vez que a ínsula é uma região cortical envolvida no processamento de respostas autonómicas, pode servir como base para as fortes respostas periféricas que ocorrem durante o desejo de drogas (Ibidem).

Os contextos ambientais parecem também ser favorecedores dos consumos de álcool e outras drogas, que por sua vez determinam comportamentos de risco para os próprios e/ou para terceiros. Os resultados do estudo desenvolvido por Lomba e colaboradores (2011) com 1346 jovens de dez cidades portuguesas, concluiu que existe uma relação significativa entre a participação desses jovens (nomeadamente entre os 20 e os 29 anos) em contextos recreativos noturnos, o consumo de álcool, cannabis, cocaína, ecstasy, especialmente sob a forma de policonsumos e os acidentes rodoviários.

De acordo com a APA (2002), os indivíduos com idades entre os 18 e os 24 anos, apresentam taxas de prevalência elevadas para a utilização de drogas, incluindo o álcool. No entanto, a dependência, apesar de poder ser encontrada em qualquer idade, é tipicamente iniciada entre os 20 e os 30 anos.

Um estudo realizado por Zullig e colaboradores (2001) com 5032 adolescentes do ensino superior público na Columbia, realizado com o objetivo de perceber a relação entre o abuso de drogas e a satisfação geral com a vida, concluiu que fumar, utilizar regularmente álcool, cocaína, marijuana, drogas injetadas e esteroides estava significativamente ($p < 0,05$) associada a uma baixa satisfação com a vida e ainda que a idade precoce (inferior a 13 anos) de início dos consumos estava também associada a uma mais reduzida satisfação com a vida.

1.4. Gestão e Intervenção

A avaliação do consumidor de drogas deve centrar-se nos seguintes aspetos: níveis e padrões de consumo; sintomas de dependência; evidência de sequelas psiquiátricas; existência de sintomas de abstinência; complicações de saúde associadas ao consumo de drogas e ainda o seu contexto psicossocial (APA, 2002; Seabra, 2005).

Neste sentido, a consulta de acolhimento, correspondendo geralmente ao primeiro contacto do utente com os serviços de saúde é de primordial importância. Aí deve ser explorada a sua história desenvolvimental e de consumos de drogas e são ainda exploradas as suas expectativas em relação ao tratamento, com o objetivo de serem tomadas decisões sobre o que melhor se adapta às suas características (APA, 2002; Seabra, 2005).

Em seguida, as opções terapêuticas que geralmente são denominadas de terapias de substituição são de decisão médica, e constam das indicadas em seguida:

1. Naltrexona - Trata-se de um tratamento de manutenção, com efeitos bloqueadores da atividade do opiáceo, anulando o prazer que este induz, sem causar dependência. Podem ser incluídos nesta opção terapêutica, os utentes que apresentem valores de função hepática e renal compatíveis e que disponham de acompanhamento de terceira pessoa para uma boa gestão terapêutica;
2. Metadona - Consiste num tratamento de substituição com um opiáceo sintético, agonista opióide, que suprime os sintomas de privação opiácea e o *craving*, em dependentes de heroína, exigindo toma diária. Geralmente são integrados neste programa os dependentes de opiáceos com vários anos de consumo, com várias tentativas terapêuticas falhadas e que sofrem de co-morbilidades físicas e/ou psiquiátricas;
3. Buprenorfina - Trata-se também de tratamento de substituição com um opiáceo semi-sintético, com efeitos agonista parcial e antagonista dos recetores opiáceos que, quando absorvido diariamente e por via sublingual, suprime os sintomas de privação. Podem ser incluídos neste tratamento os heroíno-dependentes que apresentem insucesso em outras tentativas de desabitação com medicação, que disponham de apoio de terceira pessoa para a gestão do tratamento e que possuam recursos económicos suficientes para custear a terapêutica (Escudeiro *et al.*, 2006; Godinho, 2006; Henriques e Paixão, 2009).

Em associação a estes tratamentos de cariz médico, são usados em geral, outros levados a cabo por outros profissionais de saúde, (habitualmente denominadas de intervenções psicossociais), como a psicoterapia, a socioterapia e o acompanhamento de enfermagem. No contexto da enfermagem, podem ser realizadas diferentes terapias, de acordo com o modelo de intervenção em uso, que incluem o aconselhamento (Lopes, 2010; Seabra, 2005; Sequeira e Lopes, 2009) a entrevista motivacional (Rodrigues *et al.*, 2011), a prevenção de recaída, a reestruturação cognitiva e as terapias cognitivo-comportamentais individuais, familiares ou em grupo (Becker, Curry e Yang, 2011; Rangé e Marlatt, 2008; Rahioui e Reynaud, 2008).

Os programas de tratamento em uso, nomeadamente os que utilizam a metadona como substituto, apesar de muito utilizados em praticamente todo o mundo, e também em Portugal, têm sido objeto de grande controvérsia, quer por técnicos de saúde, quer pela população em geral, pois são vistos como uma substituição de uma droga ilícita por uma lícita, mantendo a dependência. De facto, o objetivo primordial de qualquer programa de tratamento de dependência de drogas é, a longo prazo, terminar com o seu consumo, eliminar o *craving* e promover o normal funcionamento do indivíduo, com uma perceção de boa saúde e qualidade de vida (Godinho, 2006; Rodrigues, 2006).

De acordo com O'Brien e McLellan (1996), citado por Roche e colaboradores (2004), o sucesso do tratamento para o álcool é entre 40 e 70%, para a cocaína entre 50 e 60% e para os opióides entre 50 e 80%.

Apesar de ainda pouco estudadas, as intervenções psicossociais têm vindo a demonstrar-se importantes no controlo deste problema. Nomeadamente as terapias cognitivo-comportamentais (cerca de 6 a 9 sessões) têm mostrado maior eficácia do que as intervenções motivacionais breves (Copeland *et al.*, 2001 cit. por Roche *et al.*, 2004).

Os enfermeiros têm um papel fundamental na prevenção e tratamento destas dependências, nomeadamente fornecendo informações sobre os danos associados com o uso de drogas a longo prazo; o aconselhamento sobre a redução ou cessação do seu uso; utilizando as intervenções motivacionais breves, bem como as terapias cognitivo-comportamentais para gerir a abstinência e o *craving* (Rahioui e Reynaud, 2008).

No entanto, e apesar de existirem tratamentos que se têm mostrado eficazes para a dependência de drogas, menos de 15% daqueles que são dependentes recebem

tratamento nos Estados Unidos (Gerada, 2005). Este é provavelmente um reflexo não só da utilização de estratégia de *coping* de tipo distanciamento/negação, negando a existência de um problema, mas também do medo da marginalização, de serem rotulados como “drogados” ou “alcoólicos”, bem como da dificuldade no acesso a um programa de tratamento adequado (Ibidem).

O estudo realizado por Sónia Gonçalves (2011) comparando a percepção de bem-estar e qualidade de vida de dependentes de droga (utilizando entre outros instrumentos de avaliação, o MOS-SF36) em tratamento com metadona e buprenorfina, concluiu que não havia diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, no que se refere a essa percepção.

Estudos recentes indicam que o tratamento da dependência não pode ser meramente centrado na redução da utilização de drogas, utilizando medicação, devendo incluir cada vez mais estratégias centradas em outros aspetos fundamentais na vida dos indivíduos, como o *craving*, o apoio à vida social, ambiental e a melhoria da qualidade de vida (Maeyer *et al.*, 2011 a.; Stephen *et al.*, 2012).

A literatura indica que o compromisso com a abstinência (um constructo motivacional), no final de um programa de intervenção, constitui-se como um forte preditor de redução do consumo de drogas e álcool de forma prolongada. No sentido de testar esta hipótese, Laudet e Stanick (2010) realizaram um estudo com 250 consumidores de drogas várias (e policonsumos), tendo obtido nas análises multivariadas que as variáveis autoeficácia na abstinência, qualidade da satisfação com a vida, e o número de membros da rede, contribuíam em 26,6% para a variância explicada na variável dependente, e um total de 49,6% quando combinado com as variáveis de controlo (dados sociodemográficos e nível de linha de base do resultado).

Em síntese, podemos dizer que a intervenção sobre a problemática da dependência de drogas requer uma sincronia de esforços centrados em programas de prevenção e de tratamento, que deverão, em conjunto: (a) coordenar esforços para reduzir a prevalência e o alto custo associado com a dependência de álcool e de drogas; (b) estudar e reduzir o seu início precoce; (c) promover uma maior aceitação do conceito de dependência de substâncias, como uma doença cerebral de índole crónica; (d) envolver a participação de todos (incluindo a indústria farmacêutica) na pesquisa e desenvolvimento de novos e eficazes tratamentos para a dependência de substâncias, e (e) facilitar o apoio económico nas despesas com o tratamento (Volkow e Li, 2005).

Não devemos, no entanto, esquecer que antes da intervenção, é também responsabilidade dos profissionais o envolvimento na prevenção da utilização de drogas, nomeadamente nos grupos de maior risco, como as crianças e adolescentes, com intervenções individualizadas e em grupo, bem como a sensibilização de pais e educadores para o problema (NIDA, 2003).

2. A Qualidade de Vida da Pessoa com Dependência de Drogas

Neste capítulo será apresentada uma síntese sobre a revisão da literatura relacionada com o conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde, bem como das principais características dos instrumentos mais utilizados para a sua avaliação. Em seguida, apresentamos o estado do conhecimento atual sobre a qualidade de vida da pessoa com dependência de álcool e outras drogas, terminando com uma análise sobre a importância desta temática para a prática de enfermagem.

2.1. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

O conceito de qualidade de vida é muito utilizado na linguagem comum, sobre o que qualquer um de nós é capaz de expressar ideias e opiniões, embora muitas vezes com conotações diferentes (Ribeiro, 2005). Também hoje o conceito é largamente encontrado na literatura, nomeadamente no contexto da investigação em diferentes áreas do saber, nomeadamente na enfermagem. Também aqui as suas conotações dependem da amplitude da abordagem que lhe é dada. De facto, o conceito de qualidade de vida, cuja definição continua a ser extremamente complexa, é um conceito amplo e ambíguo, diferindo de cultura para cultura, de indivíduo para indivíduo, de local para local e alterando-se ao longo do tempo. Isto acontece pois, apesar do conceito de qualidade de vida abarcar uma conceção individualizada do próprio sujeito, ele inclui também um conjunto de variáveis de cariz histórico, económico, político e até filosófico que evidenciam a complexidade do ser humano (Pinto, 2007).

Historicamente, o conceito foi sendo moldado e influenciado pelos vários contextos políticos e sociais. Alguns autores indicam que a origem do conceito tem raízes no contexto político, apontando como referência o discurso do Presidente Americano Lyndon Johnson que, em 1964, referiu que o progresso social não pode ser medido através do balanço económico, mas através da qualidade de vida

proporcionada às pessoas. Assim, o conceito de qualidade de vida foi extrapolando o do cuidado pessoal e da boa forma física, estendendo-se até aos direitos humanos e laborais, às capacidades de acesso aos bens materiais e finalmente convertendo-se numa preocupação da vida quotidiana dos sujeitos, incluindo a sua saúde (Martins, 2006, cit. por Santos, Martins e Ferreira, 2009).

Apesar das inúmeras definições encontradas na literatura que procuram definir o conceito de qualidade de vida, todas elas incluem, com maior ou menor ênfase, os conceitos de bem-estar, de satisfação, de realização pessoal (dimensões subjetivas) e dimensões mais objetivas (como a satisfação das necessidades básicas e a funcionalidade) com relevância dada ao indivíduo como ator principal na sua qualidade de vida (Canavarro, 2010; Phillips, 2006; Ribeiro, 2005).

A ligação do conceito de qualidade de vida à saúde surge com a definição da OMS, destacando-se a importância da percepção do indivíduo em relação aos seus objetivos de vida. Assim, a OMS propõe a seguinte definição de qualidade de vida:

“a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e relações sociais” (WHOQOL GROUP, 1994, cit. por Escudeiro et al., 2006, p. 67).

No entanto, cada indivíduo pode ter o seu próprio conceito de qualidade de vida e este pode variar ao longo da sua vida, de acordo com as circunstâncias nela presentes (Bowling, 1995; Pinto, 2007; Ribeiro, 2005). Como conceito multidisciplinar e subjetivo que mede a saúde social, mental e física dos indivíduos, os estudos têm demonstrado que é mais relevante saber como os sujeitos sentem o impacto da sua condição física na sua vida, do que simplesmente detetar a presença ou ausência de sintomas *per si* (Berlim e Fleck, 2003, cit. por Escudeiro et al., 2006).

A saúde é um dos domínios fundamentais do conceito de qualidade de vida, sobretudo quando um indivíduo se sente ameaçado por um processo de doença, pois a saúde é vista como um bem maior, justificando a associação entre os dois conceitos (Bowling, 1995).

Foi neste contexto que surgiu o conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde, que se refere essencialmente aos aspetos ligados com a percepção de saúde da pessoa com uma doença, nomeadamente uma doença crónica (Pinto, 2007; Ribeiro, 2005; Santos, 2006).

Este conceito implicou que a abordagem da saúde e da doença deixasse de ser apenas dirigida à gestão de sinais e sintomas, aos indicadores de mortalidade e

morbilidade, passando a incluir os conceitos de bem-estar, de felicidade e de qualidade de vida das pessoas com ou sem doença (Phillips, 2006). De acordo com esta mudança de paradigma, a melhoria da qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas de cuidados como das políticas de saúde (Seid e Zannom, 2004).

Na sociedade atual, em que os avanços da medicina aumentaram a esperança de vida das populações e por consequência a prevalência de doenças crônicas, é objetivo primordial dos cuidados de saúde, paralelamente ao controlo das doenças potencialmente curáveis, o controlo das doenças crônicas, de forma a prolongar a vida do doente, prevenir complicações e minorar o sofrimento físico, ajudando o indivíduo a adaptar-se às limitações por ela impostas nas suas vidas. É neste contexto que Serra (2010) refere que a qualidade de vida relacionada com a saúde depende “(...) *da distância que se estabelece entre a experiência de doença que dado ser humano atravessa e as expectativas formuladas sobre a sua recuperação*” (p.39). Também para Santos, Martins e Ferreira (2009) este conceito aplica-se

“(...) a populações portadoras de doença, nomeadamente de doença crónica e pretende compreender de que forma os diferentes domínios (físico, funcional, psicológico e social) são influenciados pela especificidade da patologia ou as suas formas de tratamento.” (p.17).

É por esta razão que a avaliação da qualidade de vida é um instrumento fundamental na área da saúde, permitindo, por um lado, avaliar o estado de saúde das pessoas saudáveis ou doentes e, por outro, intervir junto das populações em risco, sendo hoje considerada como um elemento de apoio à tomada de decisão pela equipa multidisciplinar e o objetivo final da ação dos profissionais.

Dada a morbilidade existente nas doenças de foro mental, como a depressão e outras associadas ao comportamentos aditivos,

“(...) é importante, por um lado, a avaliação do seu impacto de forma a mobilizar o maior número de recursos na prestação de cuidados a estes doentes e, por outro lado, obter informações pertinentes para uma intervenção terapêutica mais eficaz.” (McIntyre, Barroso e Lourenço, 2002, p.13).

A rápida evolução da pesquisa de resultados durante a última década levou a uma crescente ênfase nas medidas de saúde e de qualidade de vida. No entanto, o

advento relativamente recente dessas medidas torna difícil decidir sobre a importância a atribuir a esses resultados nas decisões sobre o valor da terapia medicamentosa. A importância relativa da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) depende do tipo de condição e do tipo de tratamento. Se por um lado, nas doenças crônicas, a QVRS pode ser considerada uma medida de eficácia, por outro lado nas doenças agudas, a QVRS não é provavelmente uma medida direta de eficácia. No entanto, a sua exclusão pode levar a uma subestimação dos efeitos dos tratamentos (Badia e Herdman, 2001).

Até à década de 90, o número de estudos sobre a QVRS de dependentes de drogas era quase inexistente, enquanto que era já comum essa avaliação em doentes com outras patologias, nomeadamente as doenças cardiovasculares ou as doenças oncológicas. Um dos primeiros estudos sobre QVRS em dependentes de drogas foi o de Ryan e White (1996, cit. por Maeyer, Vanderplasschen e Broekaert, 2010) que mostrou que os utilizadores de heroína apresentavam uma qualidade de vida significativamente inferior à população em geral, comparável à de indivíduos com perturbações de ordem psiquiátrica. No entanto, o número reduzido de estudos, bem como a disparidade de instrumentos de avaliação utilizados, não permitiam conclusões. Já após o ano 2000, o número de estudos sobre dependência de drogas, aumentou significativamente, o que vai de encontro ao reconhecimento de que o abuso de substâncias é uma doença crónica, recidivante e que pode ter consequências negativas nos vários domínios da vida dos indivíduos (Rudolf e Watts, 2002).

2.2 Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida

Sendo o objetivo fundamental da avaliação da qualidade de vida, o de enfatizar o bem-estar (Osoba, 2005), a integração da avaliação da qualidade de vida na prática clínica deve vir a ser padronizada, tal como outros exames clínicos, pois a avaliação individual fornece a compreensão do impacto da doença na pessoa, o que é diferente da avaliação do seu estado de saúde e do seu funcionamento físico. Estas avaliações são importantes para compreender as diferenças individuais nas respostas à doença (Ferrans, 2005).

Assim, inerente à complexidade envolvente do constructo de qualidade de vida, existe uma multiplicidade de modos de avaliação. A avaliação da qualidade de vida pode ser realizada tendo por base a percepção individual da pessoa sobre a sua

qualidade de vida ou a percepção de avaliadores externos, no entanto, é já bem conhecida a diferença substantiva entre essas duas avaliações (Ribeiro, 2005).

Na tentativa de solucionar este problema, vários instrumentos têm sido utilizados para avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde, nomeadamente sob a forma de diários, de entrevistas e de questionários (Pimentel, 2006). Os diários constituem uma estratégia de autoavaliação, útil na avaliação de sinais e sintomas. As entrevistas podem ser mais ou menos estruturadas, ou ainda incluir um conjunto de questões abertas, permitindo obter um conjunto vasto de informação, mas estão condicionadas à subjetividade e à experiência do avaliador, sendo ainda de difícil generalização (Pimentel, 2006). Os questionários são o método mais útil de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde, pois são mais práticos e de fácil comparação entre grupos, passível de generalização de resultados, podendo ser aplicados por um avaliador externo ou de autopreenchimento (Ribeiro, 2010).

Os questionários de avaliação da qualidade de vida podem ser genéricos, específicos ou mistos. Os instrumentos genéricos avaliam a qualidade de vida nas suas diferentes dimensões e podem ser aplicados a populações saudáveis e a populações doentes, permitindo comparações entre grupos de pessoas com doenças crónicas ou entre estas e populações saudáveis. Os instrumentos específicos avaliam determinados aspetos de uma doença específica, de uma população ou sintoma clínico, sendo geralmente mais bem aceites pelos grupos específicos. Os instrumentos de cariz misto, geralmente incluem uma componente genérica, associada a um conjunto de questões específicas, com vista a colmatar as dificuldades dos dois anteriormente descritos. São geralmente bem aceites pelos respondentes e permitem comparar grupos específicos e conhecer, em paralelo, as especificidades de cada um deles (Ribeiro, 2010).

As medidas de qualidade de vida relacionada com a saúde, independentemente do seu grau de especificidade devem gozar de um conjunto de características estruturais, como terem uma população alvo bem delimitada, reportarem a um período de avaliação bem definido, utilizarem uma linguagem acessível a todos os graus de instrução, serem sensíveis às alterações causadas pelo estado de saúde/doença, terem boas propriedades psicométricas (fiabilidade e validade), possuírem bom poder discriminativo, serem exequíveis, e respeitarem a suscetibilidade dos indivíduos (Santos, Martins e Ferreira, 2009; Pimentel, 2006; Ribeiro, 2010).

Da pesquisa da evidência realizada concluímos que, na avaliação da qualidade de vida de dependentes de drogas, tal como de outros transtornos mentais, têm sido utilizados essencialmente instrumentos genéricos, nomeadamente o World Health Organization's Quality of Life Instrument (WHOQOL), o Medical Outcomes Study Short Form (MOS) - SF36; o Quality of Life Inventory (QOLI) ou o Quality of Life Index (QLI), entre outros (Berlim e Fleck, 2003).

O WHOQOL-Bref encontra-se traduzido em diferentes idiomas, incluindo o Português, no entanto, não se encontra até ao momento, adaptado para a cultura portuguesa.

Também o Medical Outcomes Study - SF36 foi utilizado, entre outros, num estudo com dependentes de drogas na China em 2004 (Shiyan, *et al.*, 2011).

Em 2012 surgiu o *Drug Users Quality of Life Scale (DUQOL)* um instrumento específico de avaliação da qualidade existente apenas no idioma inglês e que foi utilizado pela primeira vez em contexto australiano (Zubaran, *et al.*, 2012).

Maeyer, Vanderplasschen e Broekaert (2010) consideram que a avaliação da qualidade de vida na pesquisa sobre dependência de drogas está ainda na sua fase inicial. A revisão da literatura que realizaram mostrou ainda que diferentes instrumentos (n=15) foram usados para medir qualidade de vida, principalmente instrumentos de QVRS (entre eles o *Comprehensive Quality of Life Scale*; o *EuroQoL-5D*; *McGill Quality of Life Questionnaire*; *Quality of Life Questionnaire*; *Satisfaction with Life Scale*; *SF-12* e o *WHOQOL - Bref*).

2.3 Implicações da Dependência de Drogas na Qualidade de Vida

De acordo com o Center for Substance Abuse Treatment (2007, cit. por Tracy *et al.*, 2012), a recuperação da dependência de drogas é definida por: “(...) *a process of change through which an individual achieves abstinence and improve health, wellness, and quality of life*” (*in press*).

Apesar de, a partir da década de 80, ter aumentado consideravelmente o investimento na avaliação da qualidade de vida de pessoas com patologias crónicas é ainda muito escasso o número de estudos que analisem a qualidade de vida de consumidores de drogas, nomeadamente no nosso país, e utilizem esses resultados na avaliação da eficácia dos tratamentos realizados (Escudeiro *et al.*, 2006).

No entanto, consideramos que a análise dessa dimensão na toxicodependência é de particular relevância, dada a reconhecida perturbação que as drogas acarretam

para a vida dos seus consumidores, a nível físico, emocional e social (Escudeiro *et al.*, 2006). Aliás, este conceito ultrapassa as fronteiras do nosso país, sendo os policonsumidores associados, em todo o mundo, a pessoas pouco saudáveis, sendo os seus comportamentos preditores de múltiplas doenças crónicas e de uma quebra significativa da qualidade de vida (Paúl e Fonseca, 2001, cit. por Escudeiro *et al.*, 2006).

O estudo realizado por Escudeiro e colaboradores (2006) com 85 pessoas dependentes de álcool entre outras drogas numa cidade do norte do nosso país (Vila Nova de Gaia), utilizando o *WHOQOL-Bref*, concluiu que à medida que vai aumentando os anos de consumo e/ou o tempo de tratamento, os participantes no estudo vão tendo uma menor perceção de qualidade das suas relações sociais. De facto, o que se verifica é que à medida que a dependência se vai instalando, parece haver uma tendência dos indivíduos para diminuírem o seu reportório comportamental e negligenciarem os aspetos relacionais, tornando-se a rede social muitas vezes circunscrita a ligações aos contextos de consumo e de tráfico. Este estudo também concluiu que na amostra em estudo, cerca de 70% dos utentes integrados em programas de substituição com metadona mantinham consumos de cocaína e cerca de 23% continuavam a ter consumos de heroína. Neste mesmo sentido, os consumidores de heroína manifestaram níveis inferiores de qualidade de vida, nos domínios físico e psicológico e os consumidores de cocaína apresentavam um agravamento dos sintomas psicopatológicos, associados a uma perceção mais negativa da qualidade de vida em todos os seus domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente, e aspetos espirituais, como a religião e as crenças pessoais).

O mesmo estudo concluiu ainda que a integração dos toxicodependentes em programas terapêuticos se constitui como um elemento fundamental na melhoria da perceção que estes apresentam face à qualidade de vida, independentemente da abordagem clínica utilizada, nomeadamente programas de substituição ou psicoterapia de apoio (Escudeiro *et al.*, 2006).

Tracy e colaboradores (2012) analisaram a qualidade de vida de 240 mulheres, nos Estados Unidos, um e seis meses após tratamento de desabituação, utilizando o *WHOQOL-Bref*. Concluíram que a qualidade de vida melhorou significativamente entre os dois momentos de avaliação em todos os domínios estudados (físico, psicológico, social e ambiental), aproximando-se dos valores da população sem doença. Também o suporte social profissional e o de amigos esteve consistentemente associado a uma melhoria da qualidade de vida.

Também o estudo de Yen e colaboradores (2011), utilizando o mesmo instrumento de avaliação da qualidade de vida, em que foram comparados dois grupos, com e sem dependência de heroína, concluíram que os indivíduos dependentes tinham uma percepção de qualidade de vida significativamente inferior aos restantes, em todos os domínios do instrumento, com exceção do domínio ambiental. Também as co-morbilidades, nomeadamente as psiquiátricas (p. ex. depressão) mostraram influenciar negativamente a percepção de qualidade de vida. Da mesma forma os heroinodependentes que apresentavam uma percepção positiva do seu suporte familiar tinham valores superiores nas subescalas social e ambiental do WHOQOL-Bref.

Um estudo longitudinal realizado no sul da Tailândia, tendo como objetivo analisar os padrões e preditores de mudança na qualidade de vida de 368 dependentes de heroína (intravenosa) durante um programa de tratamento de 18 meses com metadona, concluiu que a melhoria da qualidade de vida foi rápida durante os primeiros três meses após o início do tratamento e desacelerou após esse período. Também concluíram que a maior dose de metadona previu uma melhor qualidade de vida e um tempo maior de permanência no tratamento (Peng-Wei, *et al.*, 2012).

Maeyer e colaboradores (2011 a.) desenvolveram um estudo qualitativo com o objetivo de ampliar o conhecimento também sobre as percepções dos indivíduos dependentes de opiáceos sobre a sua qualidade de vida, bem como o impacto do tratamento com metadona. As análises temáticas revelaram cinco temas-chave que parecem contribuir para uma boa qualidade de vida: (1) ter relações sociais estáveis, (2) manter uma ocupação, (3) sentir-se bem consigo mesmo, (4) ser independente e (5) ter uma vida significativa.

Por outro lado, a estigmatização, a discriminação, a dependência de metadona e os efeitos paralisantes da droga em suas emoções eram mencionados como comuns consequências negativas. O tratamento com metadona foi avaliado como ambivalente, sendo por um lado válido para os ajudar a funcionar normalmente, superar os seus problemas psicológicos e apoiá-los na realização de certos objetivos de vida e por outro lado, limitador do contacto social e da autoestima.

Com base numa revisão da literatura sobre qualidade de vida em ópio-dependentes, Maeyer, Vanderplasschen e Broekaert (2010) concluíram que estes indivíduos relatam baixa qualidade de vida em comparação com a população em geral e ainda com pessoas com outras patologias de foro orgânico. Também, a

participação em tratamentos de substituição parece ter um efeito positivo sobre os indivíduos, mas a longo prazo os efeitos permanecem obscuros. Problemas de foro psicológico, a idade mais avançada e o uso excessivo de álcool parecem estar relacionados com scores mais baixos de qualidade de vida.

O estudo de Lima (2002) realizado no Brasil e utilizando entre outros instrumentos de avaliação da qualidade de vida, o *WHOQOL-Bref* e o *MOS-SF36*, permitiu perceber que há uma associação positiva entre a gravidade de dependência do álcool e a percepção de qualidade de vida em indivíduos do sexo masculino, apresentando piores scores em ambos os instrumentos, os indivíduos considerados consumidores graves.

Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Costenbader, Zule e Coomes (2007); Préau e colaboradores (2007) e Bach e colaboradores (2012), realizados com indivíduos também dependentes de drogas e álcool, e com hepatite C ou com HIV positivo, com percepções de qualidade de vida significativamente inferiores aos da população em geral e melhorias significativas ao longo do tempo de tratamento, essencialmente ao nível psicológico.

Morrill e colaboradores (2001) concluíram no seu estudo que, entre os dependentes de drogas, ser do sexo feminino e ter depressão e, entre os homens, o abuso físico e sexual passado, mostraram-se como significativos preditores de baixa percepção de qualidade de vida e risco sexual. Neste mesmo sentido, Orwat e colaboradores (2011) tentaram identificar fatores que impedem ou, por outro lado facilitam, a intervenção no abuso de substâncias em indivíduos dependentes de drogas com HIV positivo, tendo encontrado relações negativas significativas entre as tendências sexuais menos comuns (como a homossexualidade) e a procura de tratamento de dependências e por outro lado uma relação positiva significativa entre os abusos físicos e/ou sexuais passados traumáticos e a procura de tratamento. Também o suporte social efetivo se mostrou um preditor da procura de tratamento, sendo os apoios sóbrios e sem doença positivos e os apoios de outros dependentes, negativos. Também os “sem-abrigo” se mostraram muito recetivos ao tratamento. Estes autores concluíram assim que a intervenção nunca deve minimizar estas componentes da vida de cada indivíduo.

Smith e Larson (2003) compararam a percepção de qualidade de vida de grupos de pessoas com doença crónica e dependentes de drogas, tendo concluído que o funcionamento físico de dependentes químicos adultos é semelhante aos níveis de pacientes com diagnóstico de outras doenças crónicas graves, mas que o

funcionamento mental é muito menor. São ainda de opinião que a avaliação da qualidade de vida fornece informações sobre o funcionamento e bem-estar que não é captada pelas medidas tradicionais utilizadas em saúde, e pode em breve começar a desempenhar um papel mais importante na avaliação da eficácia dos serviços de tratamento para dependentes químicos.

2.4 Importância da Avaliação da Qualidade de Vida para a Prática de Enfermagem

Os acontecimentos da vida que implicam uma transição seja ela desenvolvimental, situacional ou de saúde-doença, exigem da pessoa a mobilização de recursos para enfrentar essa mudança. A sua capacidade de adaptação a estes acontecimentos e a necessidade de alteração de comportamentos, emoções e crenças, influencia a sua percepção de saúde, bem-estar e qualidade de vida. A transição envolve um processo de reorganização interior que permite à pessoa incorporar uma nova identidade de si e adaptar-se às novas circunstâncias da vida (Meleis e colaboradores, 2000).

A enfermagem direciona-se, na sua prática, para as necessidades humanas, diagnosticando as respostas individuais, à saúde e à doença, assumindo um papel facilitador dos processos de transição, no sentido de alcançar um sentimento de bem-estar (Meleis e Trangenstein, 1994). Neste sentido, Abreu (2011) refere que a teoria das transições permite à enfermagem “ (...) o acesso a um quadro de referências consistente, capaz de ajudar a identificar estratégias e intervenções de enfermagem dirigidas a pessoas em transição” (p. 47). Com este propósito, é fundamental que os enfermeiros atendam a variabilidade e subjetividade individual nos processos de vivência das situações de saúde e de doença, no sentido de adaptar as suas práticas às características individuais, seus significados e atribuições (Santos, Martins e Ferreira, 2009). A avaliação da qualidade de vida é assim uma ferramenta fundamental de trabalho no sentido da avaliação das necessidades efetivas de cuidados de saúde, tendo por base as implicações da doença e tratamentos no seu bem-estar e qualidade de vida. Neste âmbito, a avaliação da qualidade de vida tem sido utilizada como uma medida de resultado da efetividade dos cuidados que são prestados (Ibidem). Assim, os enfermeiros podem utilizar a informação sobre a qualidade de vida do indivíduo, para planejar,

implementar e avaliar as intervenções dirigidas às pessoas com doença crónica (Schrim, 2006).

Ao prestar cuidados à pessoa dependente de drogas, a avaliação inicial e sistematizada do indivíduo sobre o seu bem-estar e qualidade de vida assume especial relevância, nomeadamente no sentido de diminuir as consequências da diferença entre as suas expectativas e as realizações, fundamental para a eficácia do processo terapêutico (Santos, Martins e Ferreira, 2009).

O conhecimento sobre as características de cada pessoa, as suas necessidades específicas, o que para ela representa a dependência e o seu tratamento, vai permitir estabelecer objetivos e prioridades para as intervenções e ainda estabelecer comparações em avaliações posteriores. Esta avaliação permite ainda realizar adaptações sucessivas às estratégias terapêuticas utilizadas ao longo de todo o processo de transição da pessoa dependente (Meleis *et al.*, 2000).

A consciencialização da transição que a pessoa dependente deve vivenciar ao iniciar um tratamento de desabituação de consumo de drogas, pressupõe a perceção e conhecimento sobre as diferentes mudanças que estão a ocorrer naquele momento e lhe são impostas para a eficácia do processo terapêutico. Esta etapa é caracterizada pela profundidade com que a pessoa se envolve, o desejo e o compromisso inicial com a mudança e a sua autoeficácia, sendo estes elementos fundamentais para o processo de consciencialização, sendo este, por sua vez, basilar para o sucesso terapêutico (Meleis, *et al.*, 2000).

A avaliação da qualidade de vida fornece informação pertinente acerca da forma como a pessoa integrou as mudanças no seu dia-a-dia, proporcionando ainda conhecimento sobre o processo de transição ao longo do tempo, quando utilizada em avaliações repetidas, constituindo-se como um indicador de processo e/ou um indicador de resultado (Meleis, *et al.*, 2000; Meleis, 2007).

Os indicadores de processo permitem avaliar a forma como está a decorrer a transição, identificando os fatores de risco e orientando a pessoa na obtenção de um resultado positivo (Meleis, *et al.*, 2000; Meleis, 2007). Os indicadores de resultado, referem-se ao modo como a pessoa integra a mudança na sua vida e alcança a estabilidade (Ibidem). Nesta perspetiva, a perceção de qualidade de vida é considerada como um elemento de apoio à tomada de decisão, permitindo a avaliação e a intervenção de enfermagem no sentido de facilitar uma transição saudável, constituindo-se como o objetivo final da ação dos enfermeiros (Meleis, *et al.*, 2000).

De acordo com esta teoria, os indicadores de transições bem sucedidas são o bem-estar subjetivo, a qualidade de vida, a adaptação, a mestria no desempenho de um papel e o bem-estar nas relações (Meleis *et al.*, 2000; Meleis e Trangenstein, 1994).

Neste sentido, é fundamental a intervenção de uma equipa multidisciplinar coesa e com objetivos comuns, assumindo o enfermeiro o papel de facilitador do processo de transição, na medida em que ajuda a incorporar novos conhecimentos, e a alterar comportamentos para lidar com a nova condição (Meleis e Trangenstein, 1994).

A teoria de médio alcance, desenvolvida por Meleis e colaboradores (2000, 2007), é também útil para a investigação em enfermagem, pela sua facilidade de operacionalização dos conceitos, permitindo o desenvolvimento de estudos científicos que melhorem o conhecimento em enfermagem que possa ser aplicado na prática clínica. Integrada ou não nesta teoria, a avaliação da qualidade de vida tem sido também largamente utilizada no contexto da investigação, em estudos de diferentes índoles, onde não podem ser esquecidos os estudos metodológicos realizados por enfermeiros, dado o contributo para a existência de medidas específicas e fidedignas passíveis de ser aplicadas na investigação e na prática clínica. Os contributos de Ferrans e Powers (1984) na criação e validação do *Quality of Life Index* são disso um bom exemplo.

CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Neste capítulo, descrevemos o método utilizado no presente estudo, no sentido de clarificar o caminho de investigação apropriado face aos objetivos definidos e finalidade da investigação. Inclui ainda, a definição e operacionalização de conceitos e a formulação de questões de investigação, bem como o planeamento e a concretização das técnicas e procedimentos a utilizar. A descrição do método permite, segundo Coutinho (2011) e Freixo (2011), considerar o conhecimento como científico, pois são identificadas as operações mentais e as técnicas a que o investigador recorre, permitindo a sua verificação.

Neste sentido, definimos em seguida, o desenho do estudo, os objetivos e as questões de investigação, as variáveis em estudo, os participantes e os procedimentos utilizados na recolha de dados. Abordámos, também, as questões de natureza ética consideradas no decorrer do estudo e delineámos estratégias para a análise dos dados, orientadas pelo paradigma de investigação selecionado.

1. Desenho do Estudo

É propósito geral da investigação responder a questões ou resolver problemas (Fortin, 2009; Polit, Beck e Hungler, 2004), pelo que, as opções metodológicas tomadas para o desenvolvimento do presente estudo, foram dirigidas pelos seus objetivos e finalidade.

O desenho de investigação refere-se “(...) à *estrutura geral ou plano de investigação de um estudo*” (Ribeiro, 1999, p. 41). Neste sentido, o estudo realizado está inscrito no paradigma quantitativo, de perfil descritivo, com carácter transversal, o que nos permitiu identificar e descrever a perceção de qualidade de vida das pessoas com problemáticas aditivas (lícitas e/ou ilícitas).

Os paradigmas de investigação constituem, para Coutinho (2011, p. 21)

“(...) o sistema de pressupostos e valores que guiam a pesquisa, determinando as várias opções que o investigador terá de tomar no caminho que o conduzirá rumo às respostas ao problema/questão a investigar (ou seja, ao conhecimento) (...)”.

O paradigma de investigação marca assim a forma de abordar os fenómenos e de conceber a realidade pois constitui um quadro de referência, ou seja, um conjunto de regras implícitas ou explícitas que orientam a investigação científica (Fortin, 2009).

Inspirado no paradigma positivista, o presente estudo alicerça-se na metodologia de cariz quantitativo, na qual, a pesquisa se centra em *“(...) obter resultados susceptíveis de serem utilizados no plano prático e de fornecerem melhorias em situações particulares”* (Fortin, 2009, p. 30).

Devido à carência de estudos publicados em Portugal, acerca do tema em estudo, optou-se por um estudo descritivo, pois o que se pretende com esta investigação é apenas dar resposta aos objetivos e questões de investigação colocadas sem pretender, no entanto, a verificação de hipóteses (Fortin, 2009). Por outro lado, os estudos descritivos têm como propósito essencial descobrir, observar e documentar os aspetos de um fenómeno, que ocorre no seu contexto natural, podendo haver o estabelecimento de relações entre as variáveis em jogo (Polit, Beck e Hungler, 2004). Neste sentido, o seu objetivo fundamental é *“(...) descrever fenómenos existentes, a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação”* (Fortin, 2009, p. 34).

A dimensão transversal do estudo, tal como refere Ribeiro (1999), deriva do facto dos dados serem recolhidos num único momento, analisando-se assim o fenómeno que está presente no momento da investigação (Fortin, 2009).

2. Objetivos e Questões de Investigação

Qualquer investigação se constrói a partir de uma questão intrigante para o investigador, tendo por base a amplitude e profundidade do conhecimento empírico existente sobre a problemática em estudo (Fortin, 2009; Polit, Beck e Hungler, 2004). Os objetivos e as questões de investigação decorrem dessa indagação inicial e guardam relação com a finalidade pretendida.

Neste sentido, o presente estudo de investigação tem como **objetivos**, os que em seguida que descrevem:

- Avaliar a percepção de qualidade de vida das pessoas com problemáticas aditivas;
- Descrever os fatores que condicionam a qualidade de vida dessas pessoas;
- Comparar a percepção de qualidade de vida dos indivíduos com dependências de drogas lícitas e os dependentes de drogas ilícitas;
- Descrever as diferenças encontradas na percepção de qualidade de vida, de acordo com as variáveis sociodemográficas, de saúde e de tratamento dessas pessoas.

Tendo por base os objetivos anteriormente descritos, definimos como **questões de investigação** as seguintes:

1. Qual é a percepção de qualidade de vida das pessoas com problemáticas aditivas, por drogas lícitas (nomeadamente o álcool) e/ou ilícitas (outras drogas)?
2. Quais as semelhanças e diferenças de percepção de qualidade de vida entre as pessoas com dependências de drogas lícitas (como o álcool) e de drogas ilícitas?
3. Quais as diferenças encontradas na percepção de qualidade de vida, de acordo com as variáveis sociodemográficas, de saúde e de tratamento dessas pessoas?
4. Quais os fatores que condicionam a qualidade de vida dessas pessoas?

Este estudo tem como **finalidade** melhorar a compreensão sobre as implicações da problemática aditiva na qualidade de vida, com vista ao posterior desenvolvimento de um programa de intervenção em enfermagem de apoio a essas pessoas.

3. Variáveis em Estudo

Uma variável pode ser definida como uma qualidade, uma característica ou um atributo de uma pessoa ou objeto que varia e que é estudada numa investigação (Fortin, 2009; Polit, Beck e Hungler, 2004). A designação da tipologia das variáveis em estudo é dispare entre os autores e está dependente dos desenhos de estudo e das escolas de pensamento em que se inscrevem os seus investigadores. Neste

relatório, optámos por falar em “*variáveis principais*” para designar as variáveis alvo da nossa atenção primordial no estudo (dependentes ou independentes para outros autores) e as “*variáveis secundárias*” aquelas que nos permitem caracterizar os participantes no estudo e que, de alguma forma, podem influenciar as variáveis principais (Ribeiro, 1999).

O quadro seguinte dá conta das variáveis incluídas no presente estudo.

Quadro 2: Variáveis principais e secundárias do estudo

Variáveis Principais		Qualidade de Vida
		Dependência de drogas lícitas (álcool)
		Dependência de drogas ilícitas
Variáveis Secundárias	Sociodemográficos	Sexo
		Idade
		Escolaridade
		Coabitação
		Profissão
		Situação profissional
		Fontes de rendimento
		Localidade de residência
	Saúde	Situação relativa aos consumos
		Drogas que consome / consumiu anteriormente ao tratamento
		Via/s de administração que utiliza / utilizou anteriormente
		Frequência de consumos atuais / anteriores
		Idade em que iniciou consumos
		Tratamentos de desabituação realizados anteriormente
		Sintomas de privação
		Doenças associadas
		Perceção de suporte (familiar, comunitário e económico)
	Fatores que condicionam a qualidade de vida	Conhecimento sobre o estado de saúde (perceção sobre a sua saúde, dependência, implicações para a sua vida e tratamento)
		Perceção sobre a sua qualidade de vida
		Perceção sobre os fatores que melhorariam a sua qualidade de vida
		Perceção sobre o que os técnicos de saúde poderiam fazer para o ajudar

4. População e Amostra

A população alvo do presente estudo são as pessoas dependentes de substâncias psicoativas que se encontram em tratamento nas Equipas de Tratamento dos Centros de Resposta Integrada de Matosinhos e da Foz (Porto) e ainda na Unidade de Alcoologia do Norte, num total de 108 participantes, sendo 36 (33,3%) de cada um dos serviços indicados.

O método de amostragem utilizado foi de tipo não probabilístico e de conveniência (Fortin, 2009). Foram convidados a participar no estudo, as pessoas em tratamento nessas unidades que cumpriam os seguintes **critérios de inclusão** no estudo:

- Pessoas dependentes de substâncias psicoativas, lícitas (álcool) ou ilícitas;
- Pessoas que se encontravam em tratamento de desabitação;
- Conscientes e orientadas auto e alopsiquicamente;
- Pessoas que aceitassem participar voluntariamente no estudo.

4.1. Caracterização da Amostra

Neste subcapítulo, procedemos à caracterização da amostra que compõe este estudo. No sentido de tornar os resultados mais apreensíveis, seguiremos a organização proposta para a definição prévia das variáveis em estudo. A informação foi recolhida através da aplicação de um formulário que se encontra descrito no capítulo 5.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA:

O quadro seguinte descreve as principais características sociodemográficas da amostra em estudo.

Quadro 3. Características sociodemográficas dos participantes: sexo, idade, escolaridade e coabitação

	n	%
Sexo		
Masculino	84	77,8
Feminino	24	22,2
Idade		
≤ 40	37	34,3
> 40 e ≤ 60	62	57,4
> 60	9	8,3
M=44,7 (DP= 10,6)		
Escolaridade		
≤ 4 anos	40	37,0
> 4 e ≤ 9 anos	50	46,3
> 9 e ≤ 12 anos	13	12,0
> 12 anos	5	4,6
M=6,8 (DP= 3,39)		
Coabitação		
Sozinho	22	20,4
Com o conjugue/companheiro	25	23,1
Com família restrita (marido/esposa, filhos)	38	35,2
Com família alargada (marido/esposa, filhos, sogro(a), etc)	22	20,4
Em comunidade terapêutica	1	0,9

A amostra é constituída por 84 pessoas do sexo masculino (77,8%) e 24 do sexo feminino (22,2%), com uma média de 44,7 (DP= 10,6) anos de idade. De notar, no entanto que a maioria (n=62; 57,4%) dos participantes da amostra se encontravam no escalão etário entre os 40 e os 60 anos, embora o mais jovem tivesse 22 anos e o mais idoso 79 anos (ampl.= 57 anos). Deve ainda ser referido que a média de idades das mulheres (M=47,3; DP=11,6) é similar à dos homens (M=43,9; DP=10,3), assim como os seus correspondentes valores mínimos e máximos (Fem.= 28-79; Masc.=22-78).

No que se refere ao grau de escolaridade da amostra, podemos observar que a média é de 6,8 (DP= 3,39) anos de escolaridade, com um mínimo de 0 anos de

escolaridade e um máximo de 16 anos de escolaridade (ampl.=16 anos). Podemos ainda referir que a grande maioria da amostra frequentou o ensino básico, até ao 9.º ano de escolaridade. Também deve ser salientado que a média de anos de escolaridade das mulheres (M=7,5; DP=3,8) é similar à dos homens (M=6,6; DP=3,2), assim como os seus correspondentes valores mínimos e máximos (Fem.= 0-16; Masc.=0-15).

No que se refere à coabitação, podemos concluir que a maioria reside em família restrita (n=38; 35,2%), embora seja de salientar que cerca de 20% da amostra vivem sozinhos. Constatou-se que, dos indivíduos que vivem sozinhos, apenas três são mulheres, sendo os restantes homens (n=19). De notar ainda que um dos participantes da amostra reside numa comunidade terapêutica.

Quadro 4. Características sociodemográficas dos participantes: Profissão, situação profissional e fontes de rendimento

	<i>n</i>	%
Profissão		
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	5	4,6
Técnicos e profissionais de nível intermédio	4	3,7
Pessoal administrativo e similares	4	3,7
Pessoal dos serviços e vendedores	10	9,3
Agricultores e trabalhadores qual. da agricultura e pescas	6	5,6
Operários, artífices e trabalhadores similares	46	42,6
Operadores de instalações e máquinas e trab. da montagem	9	8,3
Trabalhadores não qualificados	22	20,4
Outras (domésticas)	2	1,9
Situação Profissional		
Empregado (a) a tempo total	17	15,7
Empregado (a) a tempo parcial	7	6,5
Desempregado (a)	62	57,4
Reformado (a)	22	20,4
Fontes de Rendimento		
Reforma	22	20,4
Subsídio de desemprego	10	9,3
Rendimento social de inserção	25	23,1
Pensão social	2	1,9
Emprego/trabalho	23	21,3
Outros (p.ex. “biscates”)	10	9,3
Nenhum	16	14,8

No que se refere à profissão dos elementos constituintes da amostra, e no sentido de a tornarmos mais compreensível, recodificamos a variável Profissão recorrendo à Classificação Nacional das Profissões (CNP) preconizada pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP). A essa classificação, acrescentamos um grupo, o das domésticas.

Os resultados apresentados no quadro anterior permitem-nos concluir que a maioria da amostra pertence ao grupo dos operários, artífices e trabalhadores similares (n=46; 42,6%), ao que se segue o grupo dos trabalhadores não qualificados (n= 22; 20,4%). No entanto, é ainda visível que a maioria do grupo, no momento da colheita de dados, se encontrava desempregado (n= 62; 57,4%), sendo as suas fontes de rendimento, a reforma ou o rendimento social de inserção. De notar que dos 22 (20,4%) participantes que se encontram reformados, sete foram reformados por invalidez (6,5%). Devemos ainda salientar que 16 (14,8%) elementos da amostra referiram não ter qualquer fonte de rendimentos, o que se infere que vivem com suporte de outros, ou de atividades “ilegais”.

Quadro 5. Características sociodemográficas dos participantes: Localidade de residência

	<i>n</i>	%
Concelho		
Porto	30	27,8
Matosinhos	38	35,2
Maia	10	9,3
Outros (Gondomar, V.N.Gaia, Valongo, Póvoa de Varzim, Braga, etc.)	30	27,8
Distrito		
Porto	99	91,7
Braga	4	3,7
Aveiro	3	2,8
Viana do Castelo/Viseu	2	1,8

O quadro anterior permite-nos verificar que a maioria da amostra reside no Concelho de Matosinhos e no Distrito do Porto, seguidos dos que vivem no concelho de Porto ou limítrofes, tal como seria previsível, tendo em conta o local onde foi realizada a recolha de dados. De notar, no entanto, que a Unidade de Alcoologia do Norte (UAN) tem um leque de abrangência extensível a toda a zona norte.

CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE DA AMOSTRA

Nos quadros seguintes, são apresentados os resultados da caracterização da amostra no que se refere às características de saúde dos participantes, nomeadamente a situação relativa aos consumos, o tempo de abstinência, as drogas (lícitas e/ou ilícitas) que consome ou que consumiu anteriormente, bem como as vias de administração utilizadas.

Quadro 6. Características de saúde dos participantes: Situação relativa aos consumos, drogas consumidas e vias de administração

	<i>n</i>	%
Consumos		
Abstinente	51	47,2
Consumos esporádicos (menos de uma vez por mês)	25	23,1
Consumos diários	32	29,6
Tempo de abstinência (n=51)		
≤ 1 mês	9	8,3
>1 mês e ≤6 meses	19	17,6
> 6 meses e ≤ 12 meses	4	3,7
> 1 ano e ≤ 3 anos	15	13,9
> 3 anos	4	3,7
<i>M= 7,23 meses (DP= 15,4)</i>		
Drogas que consome		
Álcool	20	18,5
Heroína	1	0,9
Cocaína	5	4,6
Cannabis	5	4,6
Álcool + outras drogas (heroína, cocaína ou cannabis)*	17	15,7
Associação de drogas ilícitas (duas ou mais: heroína, cocaína, cannabis, benzodiazepinas)**	9	8,4
Nenhuma	51	47,2
Via(s) de administração que utiliza		
Oral	22	20,4
Inalada	12	11,1

Fumada	8	7,4
Oral + inalada	13	12,0
Oral + fumada	5	4,6
Intravenosa + fumada	1	0,9
Nenhuma	47	43,5

*Nota: um doente consome álcool + 3 drogas (heroína + cocaína + cannabis); **alguns doentes consomem atualmente 3 drogas (heroína + cocaína + cannabis).

Embora a recolha de dados tenha sido realizada com utentes em tratamento de desabituação por álcool e/ou outras drogas, é de salientar que mais de metade da amostra (n=57; 52,7%) ainda consumia diariamente (n=32; 29,6%) ou, no mínimo, de forma esporádica, ou seja, menos do que uma vez por mês (n=25; 23,1%).

Os que se encontravam em abstinência (n=51; 47,2%) estavam-no em média há sete meses (DP=15,4), com um mínimo de 0 (encontravam-se apenas há alguns dias) e um máximo de 96 meses (oito anos).

As drogas consumidas eram diversas, sendo na sua maioria o álcool (n=20; 18,5%) ou o álcool associado a outras drogas, como a heroína, a cocaína ou o cannabis (n=17; 15,7%).

Relativamente à quantidade consumida, no momento da recolha de dados, ela variava entre:

Álcool: entre 0,5 e 5 litros de vinho, geralmente associado a cervejas (entre 1 e 12 diárias), em alguns casos ainda associados a um a três favaios ou bagaços; alguns ainda associam o álcool a outras drogas;

Cannabis: entre 1 e 10 charros, muitas vezes associados a álcool ou a outras drogas (como heroína ou cocaína);

Cocaína: entre 1 e 20 bases, muitas vezes associada a álcool e/ou a outras drogas (como benzodiazepinas),

Heroína: entre 1 e 8 pacotes, muitas vezes associada a álcool e/ou a outras drogas (como cocaína e/ou cannabis).

As vias de administração mais utilizadas eram a via oral simples (n=22; 20,4%), ou associada à inalada (n=13; 12%).

No quadro seguinte são apresentados os tratamentos de desabituação de drogas anteriormente realizados pelos participantes da amostra, drogas que consumiram anteriormente e vias de administração utilizadas.

Quadro 7. Características de saúde dos participantes: Tratamentos anteriores, drogas consumidas e vias de administração

	<i>n</i>	%
Tratamentos realizados anteriormente		
0 tratamentos	47	43,5
≥ 1 e ≤ 3 tratamentos	43	39,8
≥ 4 tratamentos	18	16,7
<i>M= 1,7 (DP= 2,1)</i>		
Drogas que consumiu anteriormente		
Álcool	38	35,2
Heroína	1	0,9
Cocaína	2	1,9
Heroína + cocaína + cannabis	24	22,2
Álcool + heroína + cocaína	13	12,0
Álcool + cocaína + cannabis	2	1,9
Álcool + heroína + cocaína + cannabis	11	10,2
Álcool + heroína + cocaína + cannabis + outras drogas*	17	15,7
Via(s) de administração que utilizou anteriormente		
Oral	37	34,3
Inalada	7	6,5
Fumada	12	11,1
Intravenosa	4	3,7
Oral + inalada	16	14,8
Oral + fumada	5	4,6
Intravenosa + fumada	3	2,8
Oral + inalada/fumada + intravenosa	24	22,2

*outras drogas inclui: anfetaminas, alucinógenos (cogumelos mágicos; LSD), benzodiazepinas, ecstasy, morfina, petidine, subutex, metadona, ópio, rohypnol, vinitel, etc.

A média de tratamentos de desabilitação realizados anteriormente foi de 1,7 (DP= 2,1). Embora para um número elevado de participantes, seja o primeiro tratamento realizado (n=47; 43,5%), podemos constatar face aos resultados que, para a maioria da amostra, este tratava-se já de uma nova tentativa de tratamento de desabilitação. De notar ainda que um doente já realizou dez tratamentos de desabilitação (de álcool + heroína + cocaína + cannabis) e quatro doentes já realizaram sete tratamentos de desabilitação (de álcool + outras drogas).

Para que os resultados sejam mais compreensíveis, devo ainda clarificar que no CRI, uma das regras estabelecidas com os utentes no início do tratamento (e a que eles se comprometem através da assinatura de um consentimento informado) é não faltar três dias consecutivos à toma da medicação, caso contrário, é considerado como abandono e terá de iniciar novo tratamento. Na UAN, o protocolo não é tão formal, tendo no entanto os utentes que manter contacto com a instituição através da presença nas consultas de acompanhamento. Assim, o elevado número de tratamentos de desabituação descritos pelos respondentes podem ser devidos a abandonos ou a recaídas na abstinência.

A amostra em estudo apresenta um longo e vasto historial de utilização de drogas isoladas ou em associação. Ao analisarmos o quadro 7 verificamos que 35,2% da amostra apenas foi dependente de álcool, droga considerada em termos sociais, como droga lícita. Em contrapartida, apenas 25% nunca foi dependente de álcool, mas sim de outras drogas, consideradas como ilícitas. A restante amostra (n=43;39,8%) foi dependente de álcool em associação a outras drogas. As drogas mencionadas pelos participantes foram múltiplas e de diferentes grupos, desde a heroína, a cocaína e o cannabis (as mais referenciadas), os alucinogénios, as benzodiazepinas, as anfetaminas, o ecstasy, opiáceos vários, entre outros.

Relativamente à frequência de consumos de drogas lícitas e ilícitas realizada anteriormente pelos nossos participantes, podemos referir que, na sua maioria, o álcool, a heroína, a cocaína e o cannabis eram consumidos diariamente, associando outras drogas de forma mais casual e esporádica, por vezes ao fim de semana, quinzenalmente ou em alguns casos, mensalmente.

As vias de administração mais utilizadas foram ainda a oral simples (n=37; 34,3%) ou associada a inalada, fumada e intravenosa (n=24; 22,2%).

Idade de início dos consumos

No sentido de percebermos a idade em que os utilizadores de drogas, participantes do nosso estudo iniciaram os consumos, calculámos, para cada droga em específico, as medidas de tendência central e de dispersão, obtendo os resultados que se apresentam no quadro seguinte. Tendo em conta que os participantes, na sua generalidade, utilizavam mais do que uma droga, o N total é de 277.

Quadro 8. Características de saúde dos participantes: Idade de início dos consumos, de acordo com a droga utilizada (N=277)

	n	M	DP	Min.	Max.
Idade de início dos consumos					
Álcool	85	15,16	8,12	3	45
Heroína	65	19,85	5,64	11	42
Cocaína	67	20,46	6,10	11	42
Cannabis	41	15,71	3,17	10	24
Outras drogas*	19	19,53	5,58	12	35

*outras drogas inclui: anfetaminas, alucinogénios (cogumelos mágicos; LSD), benzodiazepinas, ecstasy, morfina, petidine, subutex, metadona, ópio, rohypnol, etc. Quando era utilizada mais do que uma droga, optou-se por colocar a idade inferior de início dos consumos.

A análise do quadro anterior permite-nos concluir que as médias de idades de início dos consumos são similares, entre um mínimo de 15 e um máximo de 20 anos, ou seja, sempre em idades jovens. No entanto, os limites de idades permitem-nos perceber que é para o álcool, que se destaca um início de consumos muito precoce com 18 participantes (16,8% dos consumidores de álcool) a iniciarem os consumos antes dos 10 anos de idade.

Calculámos ainda as medidas descritivas das idades de início de consumos, através do cálculo das médias individuais de início dos consumos das diferentes drogas, tendo obtido uma média de 17,6 anos de início de consumo de drogas (DP=7,11), com um mínimo de 5 e um máximo de 45 anos de idade médio de início de consumos.

Realizamos ainda uma análise do início dos consumos de acordo com o sexo, não sendo evidentes diferenças estatisticamente significativas, com um início de consumos tendencialmente mais precoces no sexo masculino. Para o álcool, a idade mínima nas mulheres é de 5 anos, enquanto que nos homens é de 3 anos.

Sintomas de privação

Outra questão que colocamos aos participantes do nosso estudo foi relativa aos sintomas associados à privação de drogas que era habitual apresentarem. Os nossos respondentes indicaram um leque de sintomas de privação abundante e muito diversificado. No quadro seguinte, e por uma questão de síntese dos resultados, apresentamos os sete sintomas mais referenciados pelos nossos respondentes.

Quadro 9: Sintomas de privação mais referenciados pelos respondentes (N=108)

	<i>n</i>	%
Sintomas de privação		
Ansiedade	53	49,1
Mialgias	52	48,1
Sudorese	51	47,2
Insónia	44	40,7
Vómitos	38	35,2
Tremores das extremidades	38	35,2
Arrepios	33	30,5

Por outro lado, a análise descritiva do número de sintomas de privação referidos pelos participantes da amostra globalmente indicam que são em média 4,37 sintomas (DP= 2,94), com um mínimo de 0 e um máximo de 12 sintomas. Esse número, é no entanto, maior quanto maior é o número de drogas anteriormente consumidas, com uma média de 7,65 sintomas (DP= 3,52) para os consumidores de álcool + heroína + cocaína + cannabis + outras drogas.

Doenças associadas:

Cerca de 76% da amostra (n=82) refere ter outras doenças associadas à dependência, sendo as mais comuns as de foro digestivo (n=20; 18,5%); hepatite C (n= 11; 10,2%) e de foro respiratório (n=10; 9,3%). São ainda mencionadas uma associação de patologias de foro cardiovascular (p.ex. varizes esofágicas), neurológico (p.ex. epilepsia), psiquiátrico (p.ex. depressão, esquizofrenia), renal (p.ex. cálculo renal), endócrina (p.ex. diabetes) e oncológica (p. ex. neoplasia do colo uterino), Hepatite B, HIV, entre outras.

PERCEÇÃO DE SUPORTE

No quadro seguinte são apresentados os resultados sobre a percepção que os participantes no estudo têm sobre o suporte que detêm, a nível familiar, a nível social/comunitário e a nível económico.

Quadro 10. Percepção de suporte: familiar, comunitário e económico

	<i>n</i>	%
Considera ter suporte familiar		
Sim	80	74,1
Não	28	25,9
Considera ter suporte comunitário		
Sim	57	52,8
Não	51	47,2
Considera ter suporte económico		
Sim	48	44,4
Não	60	55,6

A maioria da amostra tem uma percepção positiva sobre o suporte familiar e social/comunitário que usufrui. A sua percepção já não é tão positiva no que se refere ao suporte económico, com mais de metade da amostra a considerar não ter suporte económico suficiente para as suas necessidades.

5. Instrumento de Colheita de Dados

Antes de se iniciar a recolha de informação deve ser feita uma seleção adequada do instrumento a utilizar, tendo por base os diversos instrumentos de medida disponíveis, as vantagens e os inconvenientes de cada um, as variáveis do estudo, a população e a amostra, os objetivos e as questões de investigação formuladas. Neste sentido, entendeu-se ajustada a utilização de um questionário como instrumento de recolha de informação, pois permite aos investigadores

transformar em dados a informação comunicada diretamente pelos inquiridos (Tuckman, 2005).

Assim, para a recolha da informação foram utilizados os seguintes instrumentos:

1) Formulário de caracterização sociodemográfica e de saúde, por nós construído. Inclui um conjunto de questões estruturadas, semi-estruturadas e abertas;

2) Formulário composto por quatro questões essencialmente abertas para avaliação dos fatores que condicionam a qualidade de vida das pessoas dependentes de drogas (lícitas e ilícitas), também por nós construído;

3) Índice de Qualidade de Vida (*Quality of Life Index*) de Ferrans e Powers (Ferrans e Powers, 1992; Ferrans, 2005; Ferrans e Powers, 2012). Este instrumento foi desenvolvido com o objetivo de avaliar a qualidade de vida, tanto das pessoas saudáveis como daquelas que apresentam algum tipo de doença. Apresenta uma versão genérica e versões específicas para a aplicação em pessoas doentes, como por exemplo: artrite, doença oncológica, síndrome de fadiga crónica, diabetes, epilepsia, patologia cardíaca, pulmonar, esclerose múltipla, acidentes vasculares, doentes submetidos a diálise, a transplante renal, transplante hepático, cuidados de enfermagem domiciliários (Ferrans e Powers, 2012). As várias versões têm, genericamente, os mesmos itens (33 itens), com exceção da inclusão de itens quando se pretende a sua aplicação a situações clínicas específicas. Está traduzido e adaptado para cerca de 20 idiomas diferentes, entre eles o Português, disponíveis na página web <http://www.uic.edu/orgs/qli/>

Este instrumento foi desenvolvido no âmbito específico da enfermagem. As suas autoras, Carol Estwing Ferrans e Marjorie Powers, da Universidade de Illinois, Chicago, desenvolveram este instrumento em 1984, a partir da criação de um modelo conceptual de qualidade de vida, da análise crítica da literatura e da pesquisa de campo com abordagens qualitativas e quantitativas. A perceção subjetiva do nível de felicidade e de satisfação em relação aos diferentes aspetos da vida é considerada como o principal determinante no julgamento positivo ou negativo da qualidade de vida subjetivamente percebida. Assim, o instrumento relaciona dois conceitos importantes - a satisfação com as diferentes componentes da vida e a importância atribuída a cada uma delas - interligando-os de forma perfeita, para uma valorização individualizada e ponderada.

A percepção subjetiva sobre o nível de satisfação quanto aos diferentes domínios da vida e a importância colocada por cada indivíduo nesses domínios é o principal determinante na avaliação positiva ou negativa da qualidade de vida (Berlim e Fleck, 2003; Hagell e Westergren, 2006).

A partir da versão original, foram desenvolvidas outras, existindo no momento disponível a versão genérica III que foi utilizada no presente estudo. Optámos por este instrumento de avaliação de qualidade de vida em geral, dado não termos, até ao momento, conhecimento sobre nenhum questionário específico para avaliação da qualidade de vida das pessoas dependentes de drogas psicoativas, no idioma português e adaptado culturalmente. A opção por este instrumento, entre os muitos existentes para a avaliação da qualidade de vida, deveu-se à sua utilização em diferentes estudos nacionais e internacionais com populações saudáveis ou com doença crónica (Kimura e Silva, 2009; Pinto, 1998; Canaval *et al.*, 2000, cit. por Ferrans e Powers, 1984; Carroll *et al.* 2005; Kim e Rew, 1994; Nesbitt e Heidrich, 2000; Sammarco, 2003; Xiaokun, 2002, cit. por Ferrans e Powers, 2012).

Este instrumento encontra-se traduzido e adaptado para o idioma português e para a cultura brasileira (Kimura e Silva, 2009). Foi ainda traduzido, adaptado e validado para o idioma e cultura portuguesa num estudo com doentes de transplante renal por Pinto (1998).

O QLI genérico - versão III, ainda não está perfeitamente estudado em termos de fidelidade e validade, nomeadamente na sua versão portuguesa. No entanto, os resultados de fidelidade dos diferentes estudos em que foi aplicada, mostraram uma consistência interna aceitável (Kimura e Silva, 2009; Pinto, 1998; Canaval *et al.*, 2000, cit. por Ferrans e Powers, 1984; Kim e Rew, 1994; Nesbitt e Heidrich, 2000, cit. por Ferrans e Powers, 2012).

COMPOSIÇÃO DA ESCALA

A escala inclui 33 itens referentes à *Satisfação* e 33 à *Importância*, sendo a resposta dada numa escala tipo likert com seis pontos (entre 1 e 6), em que o valor 1 corresponde a “muito insatisfeito” e “sem nenhuma importância” e o valor 6 a “muito satisfeito” e “muito importante”. Os valores médios obtidos variam entre 0 e 30, em que valores maiores correspondem a maior satisfação/importância.

As subescalas que compõem o QLI, bem como os seus conteúdos principais estão descritos no quadro seguinte.

Quadro 11 - Subescalas e escala global do QLI, itens e seu conteúdo

Subescalas	Conteúdo
Saúde e Funcionalidade (SF) Itens: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12, 16, 17, 18, 25, 26.	Medida da satisfação/importância com: a saúde pessoal, os cuidados de saúde, a dor, a energia/fadiga, a capacidade de autocuidado, o controlo sobre a sua vida, a possibilidade de viver uma vida longa, a vida sexual, a capacidade de cumprir as responsabilidades familiares, a sua utilidade para os outros, as preocupações, as atividades de lazer e a capacidade para ter um futuro feliz.
Social e Económica (SE) Itens: 13, 15, 19, 20, 21 ou 22*, 23, 24.	Medida da satisfação/importância com: os amigos, o suporte emocional que recebe de pessoas que não são da família, os vizinhos, a casa/habitação, o trabalho/ausência de trabalho, a educação, as necessidades financeiras.
Psicológica e Espiritual (PE) Itens: 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33.	Medida de satisfação/importância com: a paz de espírito, a fé em Deus, o alcançar de objetivos pessoais, a felicidade e satisfação com a vida, a aparência pessoal e consigo próprio/self em geral.
Familiar (F) Itens: 8, 9, 10, 11, 14.	Medida da satisfação/importância com: a saúde da família, os filhos, a felicidade da família, a esposa/o ou companheira/o e com o apoio emocional que recebe da família.
Qualidade de Vida Global (QLI) Todos os itens.	Medida global da satisfação/importância com os vários domínios da qualidade de vida.

Nota: Adaptado de: Ferrans e Powers, 2012 [Em linha]. Disponível: <http://www.uic.edu/orgs/qli/questionnaires/pdf/genericversionIII/Generic3subscaleitems.pdf>

* Os itens 21 e 22 são mutuamente excludentes.

No sentido de incluirmos todas as possibilidades de resposta, adicionamos à escala de likert uma outra posição de resposta que denominamos de “não aplicável” e que ponderamos com o valor 0, sendo posteriormente eliminada para a análise dos resultados.

Para a análise dos resultados obtidos na aplicação do QLI seguimos os procedimentos de *scoring* existentes no sítio da internet já anteriormente indicado.

Os instrumentos de recolha de dados encontram-se em anexo (ANEXO I).

5.1 Fiabilidade do Instrumento

No âmbito do presente estudo, sentimos necessidade de analisarmos a fiabilidade do QLI, dado que esta medida se constitui como um elemento de credibilidade dos resultados que vão ser apresentados. Para o estudo da fidelidade das diferentes subescalas e da escala global do QLI, foi utilizado o coeficiente *alpha de Cronbach*, que fornece medidas da consistência interna. Esta medida é encontrada com base na média das intercorrelações entre todos os itens do teste. De acordo com Ribeiro (1999), as medidas de fidelidade indicam de que forma as diferenças individuais obtidas numa prova são atribuíveis a reais diferenças nas características medidas.

No quadro seguinte são apresentados esses resultados, colocando-os em paralelo com outras aplicações do mesmo instrumento em contextos diferentes, no sentido da sua análise comparativa.

Quadro 12: Valores de alfa de cronbach das subescalas e da escala global em diferentes estudos

Subscala/Escala Global	N.º de Itens	Presente Estudo	QLI - Versão genérica: mulheres grávidas (Canaval et al., 2000)*	N.º de Itens	Estudo Português QLI - Transplante Renal (Pinto, C. 1998)
Saúde e Funcionalidade (SF)	13	0,74	0,83	26	0,91
Social e económica (SE)	7	0,57	0,82	16	0,67
Psicológica e Espiritual (PE)	7	0,80	0,82	14	0,99
Familiar (F)	5	0,57	0,55	8	0,58
Qualidade de Vida Global (QLI)	32	0,87	0,96	64	0,95

* Retirado de: Ferrans e Powers, 2012 [Em linha]. Disponível: <http://www.uic.edu/orgs/qli/reliability/reliabilityhome.htm>.

A análise do quadro 12 permite-nos concluir que os valores de *alpha de cronbach* de duas das subcalas do QLI são baixos, nomeadamente nas subescalas social e económica (SE) e familiar (F) com 0,57. A subscala psicológica e espiritual (PE) e a subscala saúde e funcionalidade (SF) têm valores de 0,80 e 0,74 respetivamente. A escala global (QLI) apresenta um valor de *alfa de chronbach* de 0,87, valor considerado como bom (Ribeiro, 1999).

De notar, no entanto, que valores próximos de 0,60 são considerados aceitáveis por Ribeiro (1999), especialmente tendo em conta o número reduzido de itens dessas subescalas (5 e 7 itens apenas).

Na comparação com os restantes estudos, podemos perceber que globalmente estes valores são mais baixos no presente estudo, embora seja notoriamente a subscala familiar que apresenta, em todos eles, valores inferiores de consistência interna. Não devemos, no entanto esquecer que, quer o contexto, quer o próprio instrumento, não são sobreponíveis nos diferentes estudos apresentados.

É ainda de salientar que foram analisadas as correlações dos itens com o total da correlação do instrumento em cada subscala e na escala global, demonstrando que nenhum dos itens, se apagados, melhoraria substancialmente o valor de *alpha de cronbach* da subscala/escala global.

5.2 Pré-Teste do Instrumento de Recolha de Dados

Após a elaboração do instrumento de recolha de dados, foi realizado um pré-teste, aplicado a uma subamostra (não incluída no estudo) de dez participantes, retirados da mesma população (cinco da UAN e cinco das ET de Matosinhos e Foz), com a finalidade de avaliar a clareza, a pertinência, a aplicabilidade e a compreensão das questões do instrumento a utilizar, o tempo médio gasto para o seu preenchimento, e ainda, a existência de alguma questão ofensiva que pudesse interferir com a suscetibilidade dos respondentes.

Da análise dos resultados do pré-teste, verificamos a existência de algumas dificuldades, quer associadas ao investigador, que necessitou de algum treino pessoal na aplicação do formulário, de forma a utilizar sempre a mesma linguagem e os mesmos conceitos na clarificação das questões, quer relacionadas com a clareza das questões formuladas. Neste sentido, procedemos a alguns reajustes

nas questões que pretendiam recolher informação sobre a perceção dos respondentes em relação à sua saúde, ao tratamento e aos fatores relacionados com a qualidade de vida, de forma a torná-las mais adaptados às características da amostra.

Os respondentes não indicaram nenhuma questão como ofensiva, referindo-se apenas à extensão do questionário.

6. Procedimento de Colheita de Dados

O procedimento de recolha de dados foi adaptado às características dos serviços onde a mesma foi realizada.

Nas ET, as pessoas em tratamento de dependências de drogas eram contactadas após o atendimento pelo enfermeiro ou após consulta médica ou de outra área de especialidade. Após avaliação sobre os critérios de inclusão, eram encaminhadas para um gabinete de consulta, onde, munidos da devida privacidade, eram informados sobre os objetivos do estudo, o seu grau de confidencialidade e solicitado o seu consentimento para nele participarem. Após aceitação, o instrumento de recolha de dados era fornecido para que o pudessem preencher individualmente (na presença do investigador ou na sua ausência, conforme o interesse do respondente) ou, em caso de dificuldades (nomeadamente nos alcoólicos, em que é notória a diminuição da capacidade cognitiva), ausência de capacidade de leitura ou por interesse do respondente, era por mim aplicado, sob a forma de formulário.

No final e nos casos de preenchimento do questionário pelo próprio, era verificado se todas as questões tinham sido respondidas e, se não estivesse completo, era solicitado que o completasse, desde que não fosse manifestada recusa.

Numa das unidades (UAN), os utentes eram orientados pelo técnico (de medicina, psicologia, enfermeiro ou assistente social) para um gabinete onde os aguardava para a realização da recolha de dados. O procedimento que se seguia era similar ao anteriormente descrito.

A principal dificuldade na colheita de dados relacionou-se com a necessidade de ajustar a disponibilidade de espaço próprio, à grande afluência a estes serviços de atendimento.

O questionário foi bem aceite pelos participantes, não se verificando situações de recusa na participação. A demora média no preenchimento do questionário foi de 30 minutos.

7. Procedimentos de Cariz Ético

Tendo em conta que “*os aspetos éticos são decisivos em investigação*” (Ribeiro, 2010, p. 155) e que este aspeto assume ainda maior importância na área da saúde, pois envolve seres humanos (Fortin, 2009), foram tidos em consideração, no desenvolvimento do presente estudo, todos os procedimentos descritos na Declaração de Helsínquia, nomeadamente o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o respeito pelos grupos vulneráveis, o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, o respeito pela justiça e equidade e o equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes para os respondentes (Fortin, 2009; Quivy e Campenhoudt, 1998).

Assim, na abordagem inicial, para além da apresentação pessoal, era fornecida informação verbal e escrita sobre a natureza, os objetivos, a finalidade do estudo e seu enquadramento, bem como a confidencialidade da informação. Os participantes foram informados de que tinham a liberdade de recusa na participação ou de não responder a quaisquer uma das questões colocadas, que a sua participação no estudo não implicava qualquer risco nem influenciaria o seu atendimento na instituição, bem como o acesso aos resultados, recorrendo a uma linguagem que fosse entendida pelos participantes (Ribeiro, 2010). Foram ainda clarificadas todas as dúvidas, após o que era requerida a assinatura do consentimento informado (Anexo II).

Também no respeito pelos direitos de autor do instrumento de avaliação da qualidade de vida, foi solicitada a devida autorização à sua autora, para a sua utilização no presente estudo (Ribeiro, 2010), tendo sido obtida resposta favorável (Anexo III).

Foi ainda realizado um pedido formal de autorização para a recolha de dados na instituição de saúde (Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.) e junto dos diretores de cada um dos serviços aonde foi recolhida a informação pretendida (Anexo IV).

Após a análise do projeto e instrumento de recolha de dados, foi obtida a autorização para iniciar o estudo (Anexo V).

8. Estratégias de Análise de Dados

Face ao paradigma de investigação utilizado no presente estudo e na sequência do instrumento de colheita de dados por nós criado e selecionado, necessitámos de técnicas específicas de análise, nomeadamente a análise estatística dos dados.

Para o efeito, foi criada uma base de dados no programa estatístico SPSS (Statistic Package for Social Science) versão 20, e introduzidos os dados.

Iniciamos com a análise descritiva, utilizando medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão, variância, valores mínimos e máximos), o que nos permitiu descrever as características da amostra no que concerne aos dados sociodemográficos, de saúde e de tratamento e ainda relativamente aos resultados obtidos com a aplicação do QLI de Ferrans e Power.

Com vista a dar resposta aos objetivos propostos para o presente estudo, seguiu-se a análise inferencial. Com este propósito, tivemos que optar pela estatística paramétrica ou não paramétrica. Esta opção não é arbitrária, dependendo da natureza da distribuição dos dados. De acordo com Ribeiro (1999), a estatística paramétrica assume que a amostra tem um N superior a 30, os valores se distribuem normalmente, e ainda que foi escolhida de forma aleatória. Para testarmos a normalidade da distribuição dos dados recolhidos, realizamos os testes de Kolmogorov-Smirnov e de Shapiro-Wilk para a idade da amostra (Pestana e Gageiro, 2008), cujos resultados obtidos permitiram concluir que a amostra não se enquadra nos pressupostos da normalidade da distribuição para a variável idade ($p < 0,05$).

No entanto, e embora a nossa amostra não cumpra os pressupostos teóricos de normalidade da distribuição para a variável idade, nem tenha sido recolhida de forma aleatória, mas uma vez que é o N da amostra é superior a 30, optamos pela utilização dos testes estatísticos paramétricos. Tivemos ainda em consideração nesta nossa opção que alguns autores consideram a estatística paramétrica mais robusta do que a não paramétrica (Polit, Beck e Hungler, 2004). Neste mesmo sentido, e de acordo com os mesmos autores, os teste paramétricos

“(...) são mais eficientes oferecendo uma maior flexibilidade do que os não paramétricos, tendo, por tais motivos a preferência quando as variáveis são mensuradas com, no mínimo uma escala por intervalo” (Polit, Beck e Hungler, 2004, p. 44).

Para a análise das relações entre as variáveis em estudo (tendo em atenção as características métricas das mesmas), recorremos a testes de significância estatística, tendo como referência o nível de significância de 5%, ou seja, quando a probabilidade calculada das diferenças que não seja devido ao acaso, for igual ou inferior a 0,05 ($p < 0,05$). Quando o nível de significância for $p < 0,05$, consideramos tratar-se de uma significância estatística pouco significativa, para $p < 0,01$ significativa, para $p < 0,001$ muito significativa e para $p < 0,0001$ muitíssimo significativa.

Quando pretendemos comparar médias entre dois grupos, em variáveis contínuas, utilizamos o *teste t de student para amostras independentes* (Pestana e Gageiro, 2008).

Para variáveis nominais com mais de duas categorias, na comparação entre as médias de variáveis contínuas, utilizamos o *teste F da OneWay ANOVA* (Pestana e Gageiro, 2008). Em sua sequência, e sempre que a diferença entre as médias se mostrou significativa, calculamos o *post hoc teste de scheffé*.

Para a comparação entre duas ou mais variáveis contínuas usamos o *coeficiente de correlação de Pearson*, que mede o grau de associação entre as variáveis. De acordo com Pestana e Gageiro (2008) um valor de r menor que 0,20 indica uma correlação muito fraca, entre 0,20 e 0,39 fraca, entre 0,40 e 0,69 moderada, entre 0,70 e 0,89 forte e por fim entre 0,90 e 1 muito forte, referindo ainda que estes valores se aplicam também às correlações negativas.

Devemos ainda acrescentar que, no sentido de ser possível realizar a análise dos dados recolhidos, algumas variáveis foram recodificadas, tornando a informação mais perceptível e ajustada à extrapolação de resultados.

No entanto, devemos considerar que a descrição estatística dos dados obtidos, tem que ser analisada à luz do quadro de referência teórico, pois tal como refere Quivy e Campenhoudt

“(...) esta apresentação diversificada dos dados não pode substituir a reflexão teórica prévia, a única a fornecer critérios explícitos e estáveis para a recolha, a organização e, sobretudo a interpretação dos dados, assegurando, assim coerência e o sentido de conjunto do trabalho” (1998, p.188).

O instrumento por nós construído, no sentido de recolher dados que nos permitissem conhecer as características da saúde e tratamento dos nossos respondentes, bem como os fatores que condicionam a sua qualidade de vida,

incluía um conjunto de questões abertas. Após a recolha dos dados, tornou-se importante organizar a informação com vista a dar resposta aos objetivos do estudo. A análise de conteúdo, segundo Bardin (2009), foi o método escolhido para o tratamento e análise dessa informação.

Assim, os dados em bruto foram analisados, o que permitiu atingir uma representação do conteúdo com características pertinentes para análise. Em seguida, e utilizando um critério semântico, foram identificadas as unidades de registo e agrupadas em categorias e em subcategorias, sempre que tal se justificasse. Foram então calculadas as unidades enumeração que se referem ao número de vezes que as categorias/subcategorias foram identificadas pelos respondentes e as unidades de registo, como a especificação do conteúdo informativo associado a cada unidade de análise.

CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Após a aplicação do instrumento de recolha de dados à amostra em estudo e do seu tratamento, torna-se necessário proceder à apresentação dos resultados e sua análise, a fim de podermos deles extrair algumas ilações.

Neste sentido, e para uma melhor compreensão dos resultados apurados, os mesmos serão apresentados sob a forma de quadros, seguidos de uma síntese dos resultados considerados mais substantivos para dar respostas às nossas questões de investigação.

1. Apresentação e Interpretação dos Resultados

No sentido de facilitar a leitura dos resultados, optámos por realizar a sua exposição, ordenada de acordo com as questões de investigação previamente identificadas.

1. Qual é a percepção de qualidade de vida das pessoas com problemáticas aditivas, por drogas lícitas (nomeadamente o álcool) ou ilícitas (outras drogas)?

No sentido de darmos resposta a esta questão, realizámos a análise descrita da percepção de qualidade de vida dos participantes no estudo, avaliada através *Quality of Life Index - QLI* em cada uma das suas subescalas e escala global, obtendo-se os resultados que se apresentam no quadro seguinte.

Quadro 13. Percepção de Qualidade de Vida das pessoas com dependência de drogas lícitas (álcool) ou ilícitas (outras drogas) - N=108

Subescalas/Escala Global	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Variância
Saúde e Funcionalidade (SF)	10,23	27,70	22,33	3,67	13,50
Social e Económica (SE)	8,00	29,14	18,27	4,37	19,12
Psicológica e Espiritual (PE)	4,57	30,00	22,68	5,02	25,27
Familiar (F)	7,80	30,00	24,32	4,49	20,21
Qualidade de Vida Global (QLI)	11,30	27,42	21,83	3,42	11,73

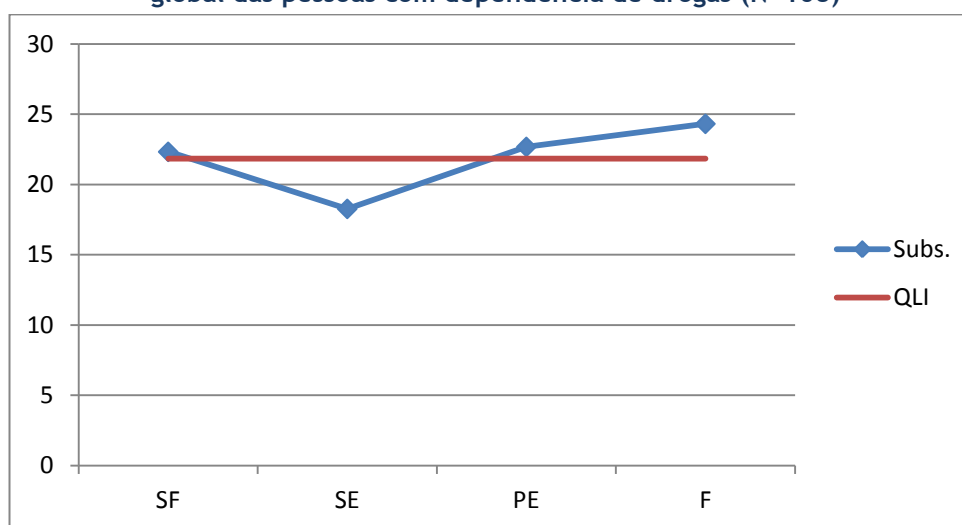
Nota: Escala 0-30

A análise do quadro anterior permite-nos concluir que os participantes da nossa amostra avaliam a sua qualidade de vida como francamente positiva, quer globalmente, quer em cada uma das suas componentes em avaliação.

O valor médio mais elevado situa-se na subescala satisfação/importância com a família ($M=24,32$; $DP=4,49$) e o valor inferior na subescala satisfação/importância social e económica ($M=18,27$; $DP=4,37$). De notar, no entanto, que o valor mínimo mais baixo se encontra na subescala satisfação/importância psicológica e espiritual, com 4,57.

Uma perspetiva global sobre a percepção de qualidade de vida dos participantes no estudo, quer em termos globais, quer nas suas diferentes dimensões, pode ser observada no gráfico seguinte.

Gráfico 1. Média da percepção de qualidade de vida nas diferentes subescalas e escala global das pessoas com dependência de drogas (N=108)



2. Quais as semelhanças e diferenças de percepção de qualidade de vida entre as pessoas com dependências de drogas lícitas (como o álcool) e de drogas ilícitas?

No sentido de darmos resposta a esta questão de investigação, recodificamos a variável “Drogas que consumiu anteriormente ao tratamento” numa variável com 3 categorias: 1. Dependência de álcool; 2. Dependência de outras drogas (heroína + cocaína + cannabis) e 3. Dependência de álcool + outras drogas (heroína, cocaína, cannabis, LSD, benzodiazepinas, etc).

Em seguida, calculámos a diferença de médias desta variável com as subescalas e escala global do QLI, através do teste *F da OneWay ANOVA*. Os resultados obtidos indicam que não existe uma diferença estatisticamente significativa entre os três grupos, em nenhuma das subescalas, nem na escala global do QLI.

Estes resultados parecem indicar que a percepção de qualidade de vida não é influenciada pela dependência química dos participantes no estudo.

3. Quais as diferenças encontradas na percepção de qualidade de vida, de acordo com as variáveis sociodemográficas, de saúde e de tratamento dessas pessoas?

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Sexo

No sentido de darmos resposta à questão colocada, calculámos a diferença entre as médias de ambos os sexos dos participantes na amostra, nas diferentes subescalas e escala global do QLI, utilizando para tal o *teste t de student para amostras não emparelhadas*. Os resultados obtidos são apresentados no quadro seguinte.

Quadro 14. Comparação entre as médias de ambos os sexos nas subescalas e escala global do QLI - N=108

Subescalas/Escala Global	Sexo	n	M	DP	t (gl)	p
Saúde e Funcionalidade (SF)	Masculino	84	22,71	3,58	-2,07 (106)	0,04
	Feminino	24	20,97	3,73		
Social e Económica (SE)	Masculino	84	18,50	4,28	-1,00 (106)	ns
	Feminino	24	17,48	4,66		
Psicológica e Espiritual (PE)	Masculino	84	23,36	5,52	-2,73 (106)	0,007
	Feminino	24	20,27	4,68		
Familiar (F)	Masculino	84	24,85	4,06	-2,33 (106)	0,02
	Feminino	24	22,47	5,46		
Qualidade de Vida Global (QLI)	Masculino	84	22,27	3,26	-2,55 (106)	0,01
	Feminino	24	20,29	3,59		

A análise do quadro anterior permite-nos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos do sexo masculino e os do sexo feminino que compõem a amostra, relativamente à percepção que detêm sobre a

sua saúde e funcionalidade ($t=-2,07$; $p<0,05$), a vida psicológica e espiritual ($t=-2,73$; $p<0,01$), a vida familiar ($t=-2,33$; $p<0,05$), e ainda a percepção de qualidade de vida global ($t=-2,55$; $p<0,05$), com médias superiores para os primeiros. De salientar que a diferença entre as médias é superior na subscala da satisfação/importância com a vida psicológica e espiritual.

Idade e Escolaridade

Pretendemos ainda conhecer se existia alguma relação entre a idade e a escolaridade com a percepção de qualidade de vida nas suas diferentes subescalas e escala global, calculando a correlação de Pearson entre estas variáveis.

Os resultados permitem-nos concluir que a idade se correlaciona, de forma positiva, fraca mas significativa ($r= 0,20$; $p<0,05$) com a subscala familiar, o que indica que os participantes da amostra com mais idade apresentam valores superiores nessa subscala.

Em sentido oposto, a escolaridade correlaciona-se de forma negativa, fraca, mas significativa, com a subscala psicológica e espiritual ($r=-0,22$; $p<0,05$), indicando que quanto maior é o grau de escolaridade dos nossos participantes, menos satisfeitos eles se apresentam com estas dimensões da sua vida.

Situação Profissional

No sentido de percebermos ainda de que forma a situação de emprego influencia a percepção de qualidade de vida dos respondentes deste estudo, comparamos as médias, através do teste *F da OneWay ANOVA*, entre a variável “situação profissional” com quatro categorias (empregado/a a tempo total; empregado/a a tempo parcial; desempregado/a e reformado/a) e as subescalas e escala global do QLI.

Os resultados obtidos são apresentados no quadro seguinte.

Quadro 15. Comparação entre as médias da situação profissional dos participantes na amostra nas subescalas e escala global do QLI - N=108

Subescalas/Escala Global	Situação Profissional	n	M	DP	F (gl)	p
Saúde e Funcionalidade (SF)	Empregado/a a tempo total	17	23,20	3,18	0,42 (3, 104)	ns
	Empregado/a a tempo parcial	7	22,39	5,86		
	Desempregado/a	62	22,07	3,67		
	Reformado/a	22	22,37	3,33		
Social e Económica (SE)	Empregado/a a tempo total	17	22,67*	2,78	17,91 (3, 104)	0,0001
	Empregado/a a tempo parcial	7	19,57	5,92		
	Desempregado/a	62	16,20*	3,61		
	Reformado/a	22	20,30*	3,20		
Psicológica e Espiritual (PE)	Empregado/a a tempo total	17	24,72	4,87	2,51 (3, 104)	ns
	Empregado/a a tempo parcial	7	23,47	3,31		
	Desempregado/a	62	21,59	5,30		
	Reformado/a	22	23,91	4,13		
Familiar (F)	Empregado/a a tempo total	17	24,51	3,98	3,25 (3, 104)	0,03
	Empregado/a a tempo parcial	7	24,83	3,06		
	Desempregado/a	62	23,36*	4,91		
	Reformado/a	22	26,71*	3,03		
Qualidade de Vida Global (QLI)	Empregado/a a tempo total	17	23,62*	2,88	4,32 (3, 104)	0,006
	Empregado/a a tempo parcial	7	22,39	3,93		
	Desempregado/a	62	20,88*	3,43		
	Reformado/a	22	22,93	2,84		

* $p < 0,05$ no *post hoc* teste de *scheffe*

Os resultados permitem-nos concluir que a diferença entre as médias dos grupos, de acordo com a situação profissional, é significativa para a subescala familiar ($F=3,25$; $p<0,05$) e qualidade de vida global ($F=4,32$; $p<0,01$) e ainda muitíssimo significativa para a subescala social e económica ($F=17,91$; $p>0,0001$).

De acordo com o *post hoc teste de scheffe*, para a subescala social e económica (SE), a diferença situa-se entre o grupo dos empregados a tempo total ($M=22,67$; $DP=2,78$) e os desempregados ($M=16,20$; $DP=3,61$) e ainda entre os desempregados e os reformados ($M=20,30$; $DP=3,20$), com uma pior perceção para os desempregados. Por outro lado, para a subescala familiar (F), o mesmo teste indica que a diferença de médias se situa entre os desempregados ($M=23,36$; $DP=4,91$) e os reformados ($M=26,71$; $DP=3,03$), com uma melhor perceção para os últimos mencionados. Também para a escala global (QLI), o mesmo teste indica que as diferenças se situam entre os empregados a tempo total ($M=23,62$; $DP=2,88$) e os desempregados ($M=20,88$; $DP=3,43$), com uma melhor perceção por parte dos primeiros.

Coabitação

Tentamos ainda perceber se a coabitação dos participantes no estudo influenciou a forma como percebiam a sua qualidade de vida. Nesse sentido foi realizado o teste *F da OneWay ANOVA* entre a variável “Com quem vive” com quatro categorias e QLI global e suas subescalas. Para efeitos deste cálculo, foi retirado o participante na amostra que vivia numa comunidade terapêutica.

Quadro 16. Comparação entre as médias, de acordo com a coabitação dos participantes na amostra, nas subescalas e escala global do QLI - N=108

Subescalas/Escala Global	Coabitação	n	M	DP	F (gl)	p
Saúde e Funcionalidade (SF)	Com o cônjuge/companheiro	22	23,48	3,22	3,09 (3,103)	0,03
	Com família restrita	25	23,55	3,45		
	Com família alargada	38	21,53	4,00		
	Sozinho	22	21,19	3,28		
Social e Económica (SE)	Com o cônjuge/companheiro	22	19,94*	4,31	4,94 (3,103)	0,003
	Com família restrita	25	19,98*	4,02		
	Com família alargada	38	17,41	3,45		
	Sozinho	22	16,19*	5,19		
Psicológica e Espiritual (PE)	Com o cônjuge/companheiro	22	23,36	4,88	3,12 (3,103)	0,03
	Com família restrita	25	24,80	4,15		
	Com família alargada	38	21,94	4,24		
	Sozinho	22	20,75	6,51		
Familiar (F)	Com o cônjuge/companheiro	22	23,95	4,20	3,87 (3,103)	0,01
	Com família restrita	25	26,73*	3,52		
	Com família alargada	38	23,93	4,94		
	Sozinho	22	22,60*	4,19		
Qualidade de Vida Global (QLI)	Com o cônjuge/companheiro	22	22,75	3,03	5,35 (3,103)	0,002
	Com família restrita	25	23,54*	2,99		
	Com família alargada	38	21,09*	3,25		
	Sozinho	22	20,22*	3,69		

*p<0,05 no *post hoc teste de scheffe*

A análise do quadro 16 permite-nos concluir que a coabitação interfere com a forma como a pessoa dependente de álcool ou outras drogas percebe a sua qualidade de vida em todas as suas componentes.

No que se refere à subescala da saúde e funcionalidade (SF), existe uma diferença pouco significativa entre os grupos relativos à coabitação ($F=3,09$; $p<0,05$), embora o *post hoc teste de scheffe* não situe essas diferenças em qualquer um dos grupos.

Em relação à subescala social e económica (SE), a diferença entre os grupos é significativa ($F=4,94$; $p<0,01$). O *post hoc teste de scheffe* situa as diferenças entre os grupos cônjuge/companheiro ($M=19,94$; $DP= 4,31$) e sozinho ($M=16,19$; $DP=5,19$), e entre os grupos família restrita ($M=19,98$; $DP= 4,02$) e sozinho, sempre mais desfavorável para as pessoas que vivem sós.

Foi ainda notória uma diferença estatisticamente significativa na subescala psicológica e espiritual (PE) entre os diferentes grupos ($F=3,12$; $p<0,05$), que o *post hoc teste de scheffe* não localizou.

A subescala familiar (F) apresenta uma tendência similar às anteriores, com uma considerável diferença significativa entre os grupos ($F=3,87$; $p<0,01$). O *post hoc teste de scheffe* situa as diferenças entre os grupos família restrita ($M=26,73$; $DP=3,52$) e sozinho ($M=22,60$; $DP= 4,19$), favorável ao primeiro.

Finalmente a percepção de qualidade de vida geral (QLI) parece também ser influenciada pela coabitação dos participantes neste estudo, com uma diferença significativa entre os diferentes grupos ($F=5,35$; $p<0,01$). O *post hoc teste de scheffe* situa as diferenças entre os grupos família restrita ($M=23,54$; $DP=2,99$), família alargada ($M=21,09$; $DP=3,25$) e sozinho ($M=20,22$; $DP=3,69$), também mais desfavorável ao último grupo mencionado.

VARIÁVEIS DE SAÚDE E DE TRATAMENTO

Idade de início dos consumos, tempo de abstinência, sintomas de privação e tratamentos de desabituação já anteriormente realizados

Iniciamos assim por analisar de que forma a idade em que iniciou os consumos, o tempo de abstinência, os sintomas de privação, o número de tratamentos de desabituação já realizados anteriormente influenciaram a percepção de qualidade

de vida dos nossos participantes. Assim, calculámos a *correlação de Pearson* entre estas variáveis, obtendo os resultados que se apresentam no quadro seguinte.

Quadro 17. Correlação entre o tempo de abstinência e o número de tratamentos de desabituação realizados anteriormente com as subescalas e escala global do QLI (N=108)

Subescalas/Escala Global	Tempo de abstinência (em meses)	Tratamentos de desabituação anteriores
Saúde e Funcionalidade (SF)	0,20*	ns
Social e Económica (SE)	ns	-0,19*
Psicológica e Espiritual (PE)	0,20*	ns
Familiar (F)	ns	-0,21*
Qualidade de Vida Global (QLI)	0,22*	-0,23*

*p<0,05

A idade de início dos consumos e os sintomas de privação não apresentaram correlações significativas com qualquer uma das subescalas ou com a escala global.

Por outro lado, o tempo de abstinência (mensurado em meses) apresenta uma correlação positiva, fraca mas significativa, com as subescalas saúde e funcionalidade ($r=0,20$; $p<0,05$), psicológica e espiritual ($r=0,20$; $p<0,05$), e ainda com a escala global ($r=0,22$; $p<0,05$), indicando que à medida que aumenta o tempo de abstinência dos participantes no estudo, vai aumentando a sua perceção de qualidade de global, bem como de melhor saúde e funcionalidade e melhor satisfação psicológica e espiritual.

O número de tratamentos já realizados anteriormente (ao que se encontrava em curso no momento da recolha de dados) parece também influenciar a forma como os indivíduos percecionam a satisfação/importância com a sua vida social e económica, com uma correlação negativa, muito fraca, mas significativa ($r=-0,19$; $p<0,05$), indicando que quanto maior é o número de tratamentos de desabituação já realizados, menor é a perceção sobre esse domínio da qualidade de vida. A mesma tendência é encontrada para a subescala familiar ($r=-0,21$; $p<0,05$), e para a avaliação da qualidade de vida global ($r=-0,23$; $p<0,05$). Neste contexto, podemos inferir que quanto mais tratamentos de desabituação ineficazes os indivíduos são sujeitos, mais degradada se torna a sua perceção de qualidade de vida.

Situação relativa aos consumos

Sabemos já (cf. subcapítulo da caracterização da amostra) que apesar da recolha de dados ser realizada em contexto de tratamento de desabituação, nem todos os participantes do presente estudo se encontravam abstinentes. Assim, tivemos curiosidade de perceber se a sua situação em relação aos consumos, interferia na forma como os mesmos avaliavam a sua qualidade de vida.

Utilizando novamente o teste *F da OneWay ANOVA*, obtivemos os resultados que se apresentam no quadro seguinte.

Quadro 18. Comparação entre as médias, de acordo com a situação relativa aos consumos dos participantes na amostra, nas subescalas e escala global do QLI - N=108

Subescalas/Escala Global	Consumos	n	M	DP	F (gl)	p
Saúde e Funcionalidade (SF)	Abstinente	51	23,43*	3,01	5,59 (2,105)	0,005
	Consumos esporádicos	25	22,02	3,55		
	Consumos diários	32	20,80*	4,20		
Social e Económica (SE)	Abstinente	51	19,29	4,53	3,01 (2,105)	ns
	Consumos esporádicos	25	17,83	3,77		
	Consumos diários	32	16,98	4,26		
Psicológica e Espiritual (PE)	Abstinente	51	24,41*	4,60	7,69 (2,105)	0,001
	Consumos esporádicos	25	22,26	4,44		
	Consumos diários	32	20,25*	5,16		
Familiar (F)	Abstinente	51	25,25	4,24	2,50 (2,105)	ns
	Consumos esporádicos	25	24,04	5,28		
	Consumos diários	32	23,05	3,99		
Qualidade de Vida Global (QLI)	Abstinente	51	23,02*	3,03	7,74 (2,105)	0,001
	Consumos esporádicos	25	21,47	3,35		
	Consumos diários	32	20,20*	3,43		

*p<0,05 no *post hoc* teste de *scheffe*

A análise dos resultados apresentados no quadro anterior permite-nos concluir que a situação relacionada com os consumos, no momento da recolha de dados, influenciou a perceção de qualidade de vida dos indivíduos dependentes de álcool e/ou outras drogas. Assim, os resultados indicam uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos em análise para as subescalas de saúde e funcionalidade (SF) ($F=5,59$; $p<0,01$), psicológica e espiritual (PE) ($F=7,69$; $p<0,01$) e para a qualidade de vida global (QLI) ($F=7,74$; $p<0,01$), com uma diferença localizada entre os grupos abstinente e de consumos diários, desfavorável para o último (de acordo com o *post hoc de scheffe*).

4. Quais os fatores que condicionam a qualidade de vida destas pessoas dependentes de drogas (lícitas ou ilícitas)?

Para darmos resposta a esta questão, colocamos um conjunto de itens no instrumento de recolha de dados, com questões abertas ou semi-estruturadas, no sentido de conhecermos a perceção que os nossos respondentes detinham relativamente à sua saúde, à sua qualidade de vida, à dependência como doença, e ainda à forma como essa dependência/doença e o seu tratamento influenciavam a sua vida. Pretendemos ainda identificar os aspetos que, na sua perspetiva, poderiam melhorar a sua qualidade de vida, bem como a sua opinião sobre a intervenção dos técnicos de saúde.

PERCEÇÃO DOS PARTICIPANTES SOBRE O SEU ESTADO DE SAÚDE

Os quadros seguintes apresentam uma síntese da análise frequencial (absoluta e relativa) dos resultados obtidos nas questões semi-estruturadas do instrumento de recolha de dados. A informação neles contida inclui ainda os resultados obtidos da análise de conteúdo realizada às respostas dos participantes às questões abertas.

Quadro 19. Percepção dos participantes sobre a doença/dependência

	<i>n</i>	%
Considera que a dependência é uma doença		
Sim	92	85,2
Não	16	14,8
Considera ter essa dependência/doença		
Sim	82	75,9
Não	26	24,1
Considera-a uma doença grave		
Sim	101	93,5
Não	7	6,5
Considera-a uma doença prolongada		
Sim	82	75,9
Não	26	24,1
Considera-a uma doença cíclica		
Sim	46	42,6
Não	62	57,4

A análise dos resultados apresentados no quadro anterior permite-nos concluir que a maioria dos participantes ($n=92$; 85,2%) considerava que a dependência é uma doença e que é portador dessa doença ($n=82$; 75,9%). Considerava também a doença como grave ($n=101$; 93,5%) e que se prolongará no tempo ($n=82$; 75,9%). No que se refere ao facto de a mesma ser cíclica, ou seja, ter períodos de exacerbação e de remissão, as opiniões dividem-se, considerando no entanto a maioria da amostra que esta doença é estável, ou seja, pouco cíclica ($n=62$; 57,4%).

Face à questão que lhes foi colocada sobre os principais cuidados associados ao tratamento de desabilitação que se encontravam a realizar, os resultados são apresentados no quadro seguinte.

Quadro 20. Percepção dos participantes sobre os cuidados a ter para manter o tratamento - N=108

		<i>n</i>	%
Sabe os cuidados que deve ter para manter o tratamento			
Sim		102	94,4
Não		6	5,6
Principais cuidados associados ao tratamento			
Categoria	Subcategorias	Unidades de enumeração	Unidades de contexto
Aderir às indicações terapêuticas	Não beber e/ou não consumir drogas	100	<i>“não beber”; “não consumir”; “não beber e não consumir drogas”; “não beber e não misturar drogas”</i>
	Tomar a medicação prescrita	28	<i>“tomar a medicação”; “fazer a dose receitada da metadona”; “tomar a metadona”</i>
	Alterar hábitos/estilos de vida	23	<i>“deixar companhias de consumo e locais de consumo”; “arranjar amigos que não consumam”; “deixar os meios e amigos de consumo”; “afastar-se das pessoas que bebem”; “não trazer dinheiro no bolso”. “arranjar um hobby”; “arranjar alguma coisa para ocupar o tempo”; “ocupar a cabeça”; “trabalhar”.</i>
	Cuidados de assepsia	8	<i>“não usar as seringas dos outros”; “não picar dos outros”.</i>
	Cuidados gerais de saúde	8	<i>“boa alimentação”; “beber muita água”; “comer cozidos e grelhados”; “tomar banho”; “ter higiene”; “não tomar a metadona dos outros”.</i>
	Seguir as indicações dos profissionais de saúde	5	<i>“acompanhamento médico”; “fazer o que está indicado pelo médico”; “fazer o tratamento certo”.</i>
Ter “força interior”/determinação	Ter força para dizer “não”	5	<i>“determinação e abstinência”; “ter força para dizer não”; “querer muito deixar as drogas”.</i>
Ter apoio familiar e social	-	2	<i>“melhorar os relacionamentos”; “ter apoio da família”</i>

A análise do quadro permite-nos concluir que quase a totalidade dos participantes refere conhecer os cuidados que deve ter para manter o seu tratamento (n=102; 94,4%).

Relativamente aos cuidados que consideravam fundamentais associados ao tratamento, os participantes neste estudo referiram-se essencialmente a um conjunto de indicações que associamos na categoria “aderir às indicações terapêuticas” como não beber e/ou não consumir drogas, tomar a medicação prescrita (como por exemplo, a metadona), alterar os hábitos/estilos de vida (deixar companhias e locais de consumo e ocupar o tempo), ter cuidados de assepsia (como o uso de seringas) e outros cuidados gerais de saúde (como a alimentação adequada) e seguir todas as indicações dos profissionais de saúde (como seguir as indicações do médico). Referiram-se ainda a um conjunto de fatores pessoais, como a “força interior/determinação” (como o saber dizer não) e ao apoio familiar e social (como ter apoio da família).

Quadro 21. Perceção dos participantes sobre as implicações que a doença trouxe na sua vida - N=108

		<i>n</i>	%
A doença trouxe implicações ou problemas para a vida			
Sim		100	92,6
Não		8	7,4
Implicações da doença/dependência para a sua vida			
Categoria	Subcategorias	Unidades de enumeração	Unidades de contexto
Pessoais	Saúde	15	“implicações para a minha saúde”; “fiquei doente para sempre”; “mau-estar”; “tive um acidente de moto”; “acidentes”.
	Emocionais	7	“tristeza”; “terminar relações amorosas”; “deixei de ter relações afetivas”; “perdi a autonomia”; “Perdi tudo que tinha na minha vida”;
Sociais	Familiares	81	“familiares”; “perdi a minha família”; “o meu filho deixou de me querer ver”; “divorciei-me”; “fui vítima de violência doméstica”.
	Laborais	39	“no trabalho”; “falta de trabalho”; “perdi o meu emprego”.
	Económicas	36	“económicas”; “financeiras”; “não tenho dinheiro para nada nem para um quarto nem para comer”.
	Discriminação social	17	“discriminação”; “somos discriminados pelos outros”; “não nos aceitam bem”.

	Judiciais	14	<i>“judiciais”; “com a justiça”; “estive preso por roubo e agressão por causa da droga”.</i>
--	-----------	----	--

Quando questionados relativamente ao facto de a doença trazer implicações para a sua vida, também quase a totalidade dos participantes respondeu afirmativamente.

Quando solicitada a especificação dessas implicações para a sua vida, os participantes referiram-se essencialmente às “pessoais”, nomeadamente para a saúde em geral (como as doenças ou acidentes) e de cariz emocional (como a tristeza e a perda de relações afetivas). Referiram-se ainda a um conjunto de implicações “sociais”, nomeadamente de cariz familiar, laboral, económico, judicial e de descriminação social.

Quadro 22. Perceção dos participantes sobre a sua saúde e qualidade de vida N=108

	n	%
Como avalia o estado de saúde atual		
Muito Bom	4	3,7
Bom	31	28,7
Razoável	50	46,3
Fraco	19	17,6
Mau/Péssimo	4	3,7
Como avalia a qualidade de vida		
Muito Boa/ótima	2	1,8
Boa	12	11,1
Razoável	58	53,7
Fraca	5	4,6
Má/Péssima	31	28,8

Ao serem solicitados no sentido de avaliarem o seu estado de saúde, a maioria da amostra percecionava-a como razoável (n=50; 46,3%) ou boa (n=31; 28,7%). No entanto quando foram questionados sobre a qualidade de vida, a amostra dividiu-se, pois enquanto que um grupo significativo continuava a considerá-la como razoável (n=58; 53,7%), um outro grupo considerava-a como má ou péssima (n= 31; 28,8%).

PERCEÇÃO SOBRE OS FATORES QUE MELHORARIAM A SUA QUALIDADE DE VIDA

No sentido de melhor clarificarmos os fatores que condicionam a qualidade de vida destas pessoas, solicitamos que indicassem aspetos que consideravam, melhorariam a sua qualidade de vida. Os resultados da análise de conteúdo da questão aberta são apresentados no quadro seguinte.

Quadro 23. Perceção dos participantes sobre os fatores que melhorariam a sua qualidade de vida - N=108

O que melhoraria a sua qualidade de vida			
Categoria	Subcategorias	Unidades de enumeração	Unidades de contexto
Trabalho/ ocupação	-	53	<i>“arranjar um trabalho”; “ter emprego”; “estar ocupada”; “ter um emprego fixo”; “ter mais que fazer”; “fazer desporto”; “fazer um curso”.</i>
Saúde	Deixar álcool e/ou as drogas	14	<i>“deixar a droga”; “terminar com o vício do álcool”; “deixar a metadona”; “parar com a cocaína”; “deixar os vícios”.</i>
	Recuperar de doenças	11	<i>“fazerem-me um transplante de fígado”; “não ter as doenças que tenho”; “não ter HIV e hepatite C”; “melhorar da depressão”; “emagrecer e resolver os meus problemas renais”; “Arranjar os dentes”.</i>
Estabilidade emocional	-	21	<i>“o meu marido deixar de me tratar mal”; “a minha família voltar a confiar em mim”; “arranjar uma relação amorosa estável”; “deixar de me fechar e falar mais dos meus problemas”; “os meus pais perdoarem-me”; “resgatar os meus filhos e ser feliz com outra mulher”; “o meu filho perdoar-me”; “tentar pôr a vida melhor”; “ter apoio familiar”.</i>
Estabilidade económica	Ter dinheiro	15	<i>“ter mais dinheiro”; “ter muito dinheiro”; “sair-me o euro milhões”.</i>
	Apoio económico	5	<i>“ter apoio económico”; “Ajudarem-me a pagar as contas”; “Darem-me uma ajuda só para comer”.</i>
Habitação	-	5	<i>“ter uma casa”; “ter um quarto para dormir”; “sair da zona onde moro”; “arranjar uma habitação”.</i>

A análise das respostas obtidas permite-nos concluir que estas pessoas consideram os seguintes fatores como favorecedores de uma melhor qualidade de vida: terem “trabalho ou ocupação”; a “saúde”, nomeadamente deixando o álcool e/ou as drogas e recuperar das doenças existentes; terem “estabilidade emocional”, como

o perdão e recuperação dos familiares; e terem “estabilidade económica”, tendo mais dinheiro e mais apoios económicos. Alguns participantes referiram-se ainda ao facto de necessitarem de ter uma “habitação”, para melhorar a sua qualidade de vida.

PERCEÇÃO SOBRE O QUE OS TÉCNICOS DE SAÚDE PODERIAM FAZER PARA OS AJUDAR

Os participantes da amostra foram ainda questionados sobre o que consideravam que os profissionais de saúde poderiam ainda fazer para os ajudar, tendo a maioria considerado que nada mais podiam fazer para além daquilo que já fazem. Aos que responderam afirmativamente, foi-lhes perguntado o que gostariam de ver os profissionais de saúde realizar para os ajudar a adquirir uma melhor saúde e qualidade de vida. Os resultados são apresentados no quadro seguinte.

Quadro 24. Perceção dos participantes sobre o que os técnicos de saúde podem fazer para os ajudar - N=108

		<i>n</i>	%
Considera que os técnicos de saúde podem fazer alguma coisa para o/a ajudar			
Sim		24	22,2
Não		84	77,8
O que os técnicos podem fazer mais			
Categoria	Subcategorias	Unidades de enumeração	Unidades de contexto
Apoio técnico	Mais consultas de acompanhamento	8	“dar mais apoio psicológico”; “ter mais consultas”; “ter mais apoio do psiquiatra”; “fazer mais exames para descobrir as doenças escondidas”
	Internamento	2	“pôr-me a fazer um internamento”; “internar-me para reduzir o álcool e a metadona”.
Ajudar a fazer face às dificuldades económicas	Suporte económico	7	“o RSI ser melhor para pagar as contas”; “podiam ajudar-nos economicamente”.
	Arranjar emprego	3	“o serviço social arranjar um trabalho”; “ajudar a arranjar trabalho”.
Não discriminar	-	2	“podiam aceitar-nos melhor”; “não me discriminarem no hospital”.
Desenvolver a autonomia e independência	-	1	“fazer algo que permita a auto-suficiência e não a dependência deles”.

A análise das respostas permite-nos concluir que os participantes gostariam que os profissionais de saúde lhes dessem mais “apoio técnico”, nomeadamente com mais consultas de acompanhamento e internamentos. Gostariam ainda que os técnicos de saúde os “ajudassem a fazer face às dificuldades económicas” fornecendo suporte económico e arranjando um emprego. Dois dos participantes referiram ainda que gostariam de não ser discriminados pelos técnicos de saúde, nomeadamente no hospital, e um refere-se ainda à necessidade destes profissionais desenvolverem a autonomia e a independência dos doentes, e não a sua dependência continuada dos técnicos.

CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados, é importante que os mesmos sejam agora analisados e discutidos à luz da evidência científica atual, no sentido de lhe dar entendimento e sentido prático ao conhecimento a ele inerente. De acordo com Polit e Beck (2011) os resultados devem ser discutidos “(...) *dentro do contexto dos objectivos do projecto, da sua base teórica, do corpo de informações científicas já existentes e das forças e limitações dos métodos de pesquisa*” (p. 481).

Neste sentido, começamos por discutir as características sociodemográficas, de saúde e de tratamento dos participantes neste estudo, continuando com a resposta às questões de investigação que serviram de guia ao presente trabalho.

Após a discussão sobre as limitações inerentes ao seu desenvolvimento, procederemos a uma reflexão sobre as implicações dos resultados obtidos para a prática de enfermagem no contexto da dependência de drogas e daremos algumas sugestões para a continuidade do presente estudo.

1. Características da Amostra

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, DE SAÚDE E DE TRATAMENTO DOS PARTICIPANTES NO ESTUDO

Os participantes no presente estudo espelham uma realidade nacional de pessoas com elevados níveis de dependência de álcool e de outras drogas, muitas vezes com policonsumos que se arrastam ao longo de vários anos e com múltiplos tratamentos de desabituação que se mostraram ineficazes.

Num contexto tradicionalmente associado ao sexo masculino está, nos últimos anos e cada vez mais, a ser também um problema crescente nas mulheres. As características da amostra do presente estudo são similares, no que se relaciona

com a distribuição entre sexos, com a encontrada no estudo de Mendes e Lopes (2007) realizado em adolescentes.

Tratando-se de uma amostra essencialmente localizada na região norte do país (Porto ou os seus arredores), ela constitui-se, como um grupo de pessoas com uma idade média entre os quarenta e os cinquenta anos e com uma escolaridade essencialmente baixa. De notar, no entanto, que existiam três indivíduos do sexo masculino com 15 anos de escolaridade e uma mulher com 15 e outra com 16 anos de escolaridade, correspondendo a estudos de nível superior. Em termos profissionais a amostra, na sua maioria, encontrava-se em situação de desemprego ou de reforma, tendo ocupado anteriormente cargos associados aos operários, artífices ou trabalhadores similares, embora existissem também alguns especialistas de profissões intelectuais e científicas, ocupando assim lugares sociais mais elevados. Na sequência do anteriormente referido, a principal fonte de rendimentos da amostra em estudo eram os apoios sociais, nomeadamente a reforma ou o rendimento social de inserção. De notar, no entanto, que um número razoável de participantes (14,8% da amostra) referiu não ter qualquer fonte de rendimentos, o que se pressupõe que tinham suporte económico de familiares ou outros recursos económicos paralelos e não explícitos. No entanto, e de acordo com a literatura, sabemos que os seus recursos não são muitas vezes suficientes para o investimento económico que a aquisição das drogas pressupõe, o que os impulsiona a comportamentos antissociais como o roubo, o tráfico de drogas ou a prostituição, com as consequentes implicações legais, por todos bem conhecidas (APA, 2002; Henriques e Paixão, 2009; Pimenta e Rodrigues, 2006; Roche *et al.*, 2004; Torres e Gomes, 2005). Esses e outros comportamentos acabam por levar a que sejam rejeitados pelos seus familiares e coabitantes, sendo este um fator negativo para a adesão ao tratamento e perceção de uma qualidade de vida positiva (APA, 2002; Roche *et al.*, 2004). No entanto, os participantes da presente amostra viviam essencialmente com familiares, em núcleos familiares restritos ou mais alargados. Talvez por essa razão percecionassem um bom suporte a nível familiar. De notar, no entanto que 22 participantes da amostra, essencialmente do sexo masculino, viviam sozinhos e um residia numa comunidade terapêutica. A literatura considera este aspeto como prejudicial a uma perceção favorável de bem-estar e qualidade de vida (Adés e Lejoyeux, 2004; Roche *et al.*, 2004). Para além do suporte familiar, a amostra percecionava também um bom suporte da comunidade, mas sentia-se pouco apoiada em termos económicos.

Os resultados do presente estudo sustentam, apenas de forma parcelar, os encontrados no estudo de Escudeiro e colaboradores (2006), realizado num contexto muito similar (na cidade de Vila Nova de Gaia), que indica que os toxicodependentes apresentavam uma baixa perceção de qualidade das suas relações sociais, explicada pela restrição da rede social, quase essencialmente focalizada aos contextos de consumo e de tráfico.

Como drogas consumidas, o álcool continua a ser a droga de eleição, consumida de forma isolada ou em associação a outras (Henriques e Paixão, 2009). Esta constatação pode dever-se ao facto de estarmos perante uma droga com aceitação social e considerada por muitos como um fator de partilha e convívio social (Lomba *et al.*, 2011; Mello, Barrias e Breda, 2001).

No que se refere a outras drogas (denominadas de ilícitas), as mais consumidas pelos participantes da amostra foram a heroína, a cocaína e o cannabis. Para além destas verificámos uma utilização abusiva de muitas substâncias de diferentes grupos, nomeadamente as anfetaminas, as benzodiazepinas, os alucinogénios, entre outros.

No contacto próximo com os constituintes da amostra verificámos que os consumidores de drogas, ao longo do tempo, vão associando novas substâncias, no sentido de obter os mesmos efeitos ou efeitos mais apreciados. Assim, o seu historial de utilização de drogas e a longa listagem que descreviam nos seus relatos, associados a quantidades muito elevadas, estão em conformidade com o que a literatura indica como secundário à tolerância e *craving* (Adés e Lejoyeux, 2004; APA, 2002; Godinho, 2006; Roche *et al.*, 2004).

As vias de administração utilizadas estão de acordo com as características da substância em uso. De notar que muitos indivíduos da amostra utilizaram (e alguns continuam ainda a utilizar) a via intravenosa para a administração da substância, de forma simples ou associada a outras vias de administração (oral, inalada e/ou fumada).

Como já foi referido anteriormente, e apesar de um dos critérios de inclusão na amostra ter sido o facto de se encontrarem em tratamento de desabituação de álcool ou de outras drogas, mais de metade da amostra (53%) não se encontrava abstinente, mantendo consumos elevados de álcool e outras drogas, o que indica uma baixa adesão ao tratamento instituído. O grupo que se encontrava em manutenção eficaz do seu tratamento (47%) mantinha a sua abstinência à mais do que um mês ou à mais do que um ano. Este resultado do presente estudo está de acordo com o encontrado por Escudeiro e colaboradores (2006) que concluiu que

cerca de 70% dos toxicodependentes integrados em programas de substituição com metadona mantinham consumos de cocaína e cerca de 23% continuavam a ter consumos de heroína. Henriques e Paixão (2009) acrescentam ainda que muitos dos doentes em terapias substitutivas continuam a consumir drogas, especialmente o álcool, pois o álcool potencia os efeitos da metadona e expõe o indivíduo a riscos acrescidos, nomeadamente a overdose.

Também percebemos que a maioria dos participantes no presente estudo tinha já realizado mais de um tratamento de desabituação, o que contribui para uma diminuição da sua autoeficácia, crença no locus de controlo interno necessário para resolver a situação e volição necessária para os novos tratamentos (Teixeira e Ricou, 2008).

Percebemos ainda ao caracterizar o nosso grupo amostral que este era portador de um número significativo de outras doenças associadas à dependência de drogas, nomeadamente as de foro digestivo, respiratório e hepatite C, o que vai de encontro à literatura existente na área em estudo (APA, 2002; Adés e Lejoyeux, 2004; Mello, Barrias e Breda, 2001; Roche *et al.*, 2004).

Percebemos também, com base nos resultados obtidos no presente estudo, que a amostra iniciou consumos muito precocemente, nomeadamente na infância (após os 3 anos) ou na adolescência, em especial para o álcool. Estes resultados vão também de encontro à literatura que descreve um início de consumos de drogas em idades muito precoces, com a associação progressiva e concomitante de outras drogas (Henriques e Paixão, 2009; Rocha *et al.*, 2004). Não podemos esquecer ainda que a utilização precoce de álcool está também associada a questões afetivas, nomeadamente estados emocionais considerados negativos e conflitos intra e interpessoais, bem como alguns fatores de cariz cultural (APA, 2002; Silva, 2007 b.).

2. Resposta às Questões de Investigação

1. Qual é a percepção de qualidade de vida das pessoas com problemáticas aditivas, por drogas lícitas (nomeadamente o álcool) ou ilícitas (outras drogas)?

Quando avaliada a percepção da amostra relativamente à sua qualidade de vida com base no QLI percebemos que, na sua globalidade, percecionava uma qualidade de vida muito positiva em todas as suas subescalas e também globalmente. De notar, no entanto, que a componente social e económica é aquela que demonstrava menor satisfação, em articulação com o seu grau de importância, o que vem ao encontro do anteriormente referido, relativamente às características de emprego e necessidades económicas do grupo.

No entanto, quando colocámos a questão aberta aos nossos respondentes relativamente à sua percepção sobre a saúde e a qualidade de vida, percebemos que eles distinguem bem os dois conceitos considerando-se, sem qualquer dúvida, saudáveis mas com uma menor qualidade na sua vida. Parece haver alguma dissonância entre a apreciação sobre a qualidade de vida realizada pelos participantes com a aplicação do QLI e a avaliação que é realizada pelo próprio, quando é questionada diretamente a sua percepção sobre a qualidade da sua vida no momento em apreciação. Isto é, 28,8% dos participantes da amostra referem aí uma má/péssima qualidade de vida. Tal facto pode estar relacionado com a relevância atribuída à componente económica (que sentem como a mais desfavorecida) na avaliação que os participantes fizeram sobre a globalidade da sua qualidade de vida.

Estes resultados, à partida, não nos parecem ir totalmente ao encontro dos diferentes estudos que avaliaram a qualidade de vida de pessoas dependentes de drogas, comparando-as com grupos de pessoas saudáveis ou com outras patologias crónicas, que concluíram que os primeiros apresentavam pior percepção de qualidade de vida (Bach *et al.*, 2012; Costenbader, Zule e Coomes, 2007; Yen *et al.*, 2011; Maeyer, Vanderplasschen e Broekaert, 2010; Mayer *et al.*, 2011 a.; Mayer *et al.*, 2011 b.; Préau *et al.*, 2007). Também se compararmos estes resultados com o de Escudeiro e colaboradores (2006) podemos considerar que não são coincidentes, no tocante a esta avaliação global. Os participantes nesse estudo, avaliaram a sua qualidade de vida como menos satisfatória em todos os domínios, desde a componente física à social e ambiental. De notar, no entanto

que, apesar das características das amostra e o contexto de recolha de dados serem similares, o instrumento utilizado não foi o mesmo do presente estudo, podendo esse, entre outros fatores, ter influenciado os resultados.

Por outro lado, alguns estudos longitudinais indicam que a percepção de qualidade de vida vai melhorando ao longo do tempo após tratamento, nomeadamente entre três e seis meses (Bach *et al.*, 2012; Costenbader, Zule e Coomes, 2007; Préau *et al.*, 2007; Tracy *et al.*, 2012), desacelerando essa melhoria ao longo do tempo (Peng-Wei *et al.*, 2012). Este pode ser um aspeto que explique, pelo menos parcialmente, os resultados encontrados no presente estudo, uma vez que a amostra é composta por 28 indivíduos (25,9%) que se encontravam em abstinência por um período inferior a seis meses e 23 (21,3%) à mais de 6 meses. No entanto, o número de participantes que mantinham consumos era muito elevado, o que não joga a favor desta explicação.

2. Quais as semelhanças e diferenças de percepção de qualidade de vida entre as pessoas com dependências de drogas lícitas (como o álcool) e de drogas ilícitas?

Os resultados indiciam que independentemente da droga a que as pessoas são dependentes, a sua percepção de qualidade de vida é similar. Esta constatação poderá ter origem no facto da qualidade de vida ser um conceito individual e multidimensional, muito determinado por fatores diversos, como os fisiológicos, mas também os psicossociais.

Como sabemos a utilização de álcool está muito associada aos jovens e a crenças erróneas sobre a sua utilização e a sua eficácia (Cabral, Farate e Duarte, 2007; Mello, Barrias e Breda, 2001). Por outro lado, a utilização de drogas ilícitas é cada vez mais comum na nossa sociedade, especialmente em adolescentes e jovens adultos, na procura de diversão, desinibição e bem-estar, bem como a minimização de sentimentos de frustração e desconforto associados aos problemas do dia-a-dia e melhorias no desempenho (Paredes, Miaso e Tirapelli, 2008; Volkow e Li, 2005).

Apesar de serem drogas com efeitos diferentes, o processo de dependência, tolerância e *craving* é, na sua essência, muito similar, o que pode também determinar que as diferenças encontradas na percepção de qualidade de vida entre os grupos, não seja significativa.

3. Quais as diferenças encontradas na percepção de qualidade de vida, de acordo com as variáveis sociodemográficas, de saúde e de tratamento dessas pessoas?

Os resultados indicam que as mulheres apresentavam uma percepção de qualidade de vida inferior à dos homens em praticamente todos os domínios do QLI, com exceção para a componente social e económica que é avaliada como menos positiva pelos dois grupos (masculino e feminino). Estes resultados vão no mesmo sentido dos encontrados por Domingo-Salvany e colaboradores (2010) com jovens (entre os 18 e os 30 anos) heroinodependentes não seguidos em tratamento de desabituação. Nesse estudo, realizado com 722 homens e 269 mulheres em Espanha, utilizando o NHP, os autores encontraram que as mulheres apresentavam uma pior percepção de saúde relativamente aos homens, em todos os domínios do instrumento utilizado, com exceção dos domínios de sono e isolamento social.

O mesmo estudo está também de acordo com os nossos resultados no tocante à melhor satisfação com a saúde e qualidade de vida obtida pelos participantes mais idosos. No nosso estudo essa satisfação circunscrevia-se à componente familiar do conceito de qualidade de vida.

Em contrapartida, a presente investigação obteve resultados contraditórios com o anteriormente citado (Domingo-Salvany *et al.*, 2010), no que concerne à variável sociodemográfica escolaridade, pois enquanto que nesse estudo, a escolaridade é favorecedora de uma melhor percepção de qualidade de vida, no presente estudo ela é prejudicada, nomeadamente na sua componente psicológica e espiritual.

Por outro lado, os resultados obtidos no presente estudo não são coincidentes com os de Escudeiro e colaboradores (2006) e de Becker, Curry, e Yang (2011), pois nos seus estudos, não encontraram diferenças significativas em relação à percepção de qualidade de vida em função do sexo ou da idade do entrevistado.

No entanto, os resultados desses estudos (Becker, Curry e Yang, 2011; Domingo-Salvany *et al.*, 2010; Escudeiro e colaboradores, 2006) são sobreponíveis com o nosso no que se refere à ocupação dos participantes e coabitação, tendo os desempregados e os reformados (não ativos profissionalmente), e que vivem sós, apresentado uma pior percepção de qualidade de vida geral e em algumas das suas componentes.

Com base nos resultados do presente estudo, podemos assim presumir que as mulheres, mais jovens, com mais elevado nível de escolaridade, que vivem sozinhas e desempregadas ou reformadas, configuram um perfil mais

desfavorecedor da percepção de qualidade de vida na vivência com dependência de drogas.

Os resultados indicaram ainda que o tempo de abstinência após o tratamento favorece uma melhor avaliação da qualidade de vida, nomeadamente em termos de funcionalidade, e na componente psicológica e espiritual, o que está de acordo com um conjunto de estudos desenvolvidos nesta área e já anteriormente abordados (Bach *et al.*, 2012; Costenbader, Zule e Coomes, 2007; Peng-Wei *et al.* 2012, Préau *et al.*, 2007; Tracy *et al.*, 2012).

Em contrapartida, a acumulação de tratamentos de desabituação com pouco sucesso terapêutico, parecem funcionar como desmotivadores e mais um fator de degradação da percepção de qualidade de vida, o que também vai de encontro à evidência científica já encontrada em outros estudos (Godinho, 2006; Henrique e Paixão, 2009; Rodrigues, 2006).

A idade de início dos consumos, bem como os sintomas de privação que os nossos respondentes apresentavam não mostraram qualquer influência sobre a percepção de qualidade de vida atual. Em contrapartida, o estudo desenvolvido por Domingo-Salvany e colaboradores (2010), já anteriormente mencionado, encontrou que o tempo de utilização da heroína, bem como os policonsumos, eram fatores desfavorecedores da percepção de saúde e qualidade de vida.

Os sintomas de privação mais comuns na amostra, como a ansiedade, as insónias, os vômitos, estão de acordo com os referidos na bibliografia (Adés e Lejoyeux, 2004; APA, 2002; Roche *et al.*, 2004).

Também as pessoas que se encontravam abstinentes no momento da recolha de dados, apresentavam uma percepção mais positiva sobre a sua qualidade de vida, em comparação com os indivíduos que não estavam a gerir adequadamente o seu processo terapêutico e mantinham consumos diários de álcool e/ou drogas. Este resultado está também de acordo com os de Escudeiro e colaboradores (2006).

Também a amostra em estudo demonstrou apresentar um conjunto de doenças associadas às dependências, como doenças digestivas, cardiovasculares, respiratórias, assim como HIV positivo, a hepatite C, entre outras, que se mostraram em diferentes estudos como fatores condicionadores de uma pior percepção de qualidade de vida (Costenbader, Zule e Coomes, 2007; Préau *et al.*, 2007; Bach *et al.*, 2012).

5. Quais os fatores que condicionam a qualidade de vida dessas pessoas?

A análise das questões abertas permitiu-nos concluir que as pessoas em tratamento de desabilitação de drogas que constituíram a nossa amostra sabiam exatamente que estavam doentes e que a sua doença era grave e prolongada no tempo (crónica) e ainda que implicava importantes consequências na sua vida.

Na sua generalidade, tinham consciência de que deveriam seguir as indicações terapêuticas, mas valorizavam ainda a necessidade de ter força interior e determinação para vencer as dificuldades associadas ao tratamento. Também o apoio social e em particular o familiar era visto por alguns como determinante para o sucesso do tratamento.

Quando questionamos sobre as implicações da dependência na sua vida, os participantes referiram-se a diferentes fatores, de cariz pessoal e social. Entre eles salienta-se as implicações na saúde, provocando mal-estar, doença e até acidentes. Também se referiam a implicações emocionais, nomeadamente a tristeza, a perda de relações afetivas e familiares, tendo alguns participantes no estudo referido mesmo terem “perdido tudo na sua vida” com a dependência.

Ao longo da aplicação dos formulários percebemos, nas suas mensagens não-verbais, mais do que nas verbais, o quanto sofriam, o quanto sentiam que a sua vida poderia ter sido diferente se não tivessem seguido o caminho da droga. Em muitos casos, com lágrimas nos olhos e voz trémula, foram falando sobre a separação da sua família, sobre a não aceitação da sua dependência por parte dos filhos, sobre a violência doméstica (geralmente silenciada) de que eram vítimas, sobre a falta de apoio emocional e afetivo efetivo, sobre a incompreensão dos outros e sobre a discriminação que sentiam diariamente “*na pele*”. Esta discriminação era sentida em diferentes vertentes, iniciando-se nos profissionais de saúde das diferentes instituições hospitalares e centros de saúde a que recorriam (com exceção dos centros de atendimento específico - CRI e UAN) que segundo referiam, os tratavam de forma diferente dos outros utentes, bem como da comunidade em geral.

Ainda alguns respondentes se referiram às implicações judiciais da sua dependência, pois encontravam-se a cumprir pena (ou já o tinham feito anteriormente) por tráfico ilegal de drogas ou outros comportamentos antissociais (como p. ex. assaltos, agressões a terceiros, entre outros).

Face a estas constatações, foi necessário da parte do investigador a utilização de instrumentos de comunicação que dessem suporte a essas pessoas e também, em

muitos momentos, foi necessário intervir, nomeadamente apoiando, orientando e encaminhando para outros profissionais de saúde. Alguns participantes referiram, no final da recolha de dados, que aquele tinha sido um momento de alívio, em que puderam falar abertamente com alguém sobre os seus problemas, alguém que compreendia as suas angústias e sentimentos de perda, e que os ajudou a consciencializar-se das suas vivências pessoais.

No que se refere ao apoio profissional, nomeadamente nos centros de atendimento especializados (CRI e UAN), os participantes no estudo mostraram-se, na generalidade, satisfeitos. No entanto foi também evidente, nas suas mensagens, que solicitavam mais atenção, mais apoio, nomeadamente ao nível de suporte emocional e psicossocial. Também a questão económica foi uma realidade sempre presente, salientando as suas carências económicas e a falta de meios de subsistência para si e para a sua família, incluindo a habitação.

Também o estudo realizado por Escudeiro e colaboradores (2006) em contexto próximo do nosso, indicou que os indivíduos em tratamento de desabituação apresentavam níveis de qualidade de vida superiores aos que ainda não tinham iniciado tratamento. Em contrapartida o estudo desenvolvido por Maeyer e colaboradores (2011 b.) com indivíduos dependentes de heroína cinco anos após o início do tratamento com metadona, estes relatam baixa pontuação de qualidade de vida em vários domínios avaliados, tendo os seus autores associado estes resultados a problemas psicológicos e incapacidade de mudança das suas condições de vida. Estes resultados sublinham a importância de uma abordagem holística no tratamento de manutenção com metadona, que vai muito para além das consequências físicas negativas da dependência de opiáceos (Rodrigues, 2006). Não deve ainda ser esquecida na intervenção de enfermagem, o fortalecimento de uma rede social que lhe dê suporte, em paralelo, e promova a sua integração na sociedade, principalmente nas pessoas mais vulneráveis e isoladas. A participação em grupos de apoio pode constituir-se como uma ajuda fundamental para a qualidade de vida destas pessoas.

3. Limitações do Estudo e Implicações para a Prática e para a Investigação

No desenvolvimento deste trabalho tivemos consciência de que “(...) *os méritos de um estudo são tão importantes quanto as suas limitações na conclusão sobre o valor dos seus resultados*” (Polit, Beck e Hungler, 2004, p. 389). Neste contexto, realizamos em seguida, uma breve reflexão crítica sobre o desenvolvimento do estudo, no que versa, aos métodos utilizados, à credibilidade dos resultados e às implicações para a prática clínica e para a investigação.

A validade de um estudo é determinada em função de duas dimensões, a interna e a externa (Ribeiro, 1999). A validade interna é definida como a garantia de que a relação que se observa entre as variáveis é interpretada ou verificada com precisão e validade. A validade externa, garante que as relações observadas entre as variáveis, neste conjunto específico de dados, pode aplicar-se a outro conjunto de dados (Ribeiro, 1999).

No que se refere à validade interna, foi nosso propósito garantir a validade da informação recolhida. Neste sentido, o instrumento de análise utilizado (QLI) mostrou ser fidedigno e também sensível às diferenças entre os elementos da amostra.

Quanto à validade externa, e tendo em conta que a recolha de dados foi realizada num contexto muito específico e com um número de participantes limitado, não será possível extrapolar os resultados obtidos a uma população mais alargada.

A identificação do perfil da pessoa dependente de substâncias psicoativas reconhecido no presente estudo, o conhecimento sobre a forma como estas pessoas avaliam a sua saúde e qualidade de vida, e ainda dos fatores que podem condicionar essa percepção (nomeadamente os que estão associados à atividade profissional em saúde), podem determinar uma alteração do posicionamento atual face aos modelos de intervenção na dependência. Para isso é necessário sensibilidade dos profissionais, nomeadamente para as alterações necessárias nos processos de gestão da doença e adesão às indicações terapêuticas, bem como vontade política para a mudança.

De acordo com Silva (2007 a.), “*a enfermagem toma por objecto de estudo as respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos do*

desenvolvimento ou por eventos significativos de vida que exigem adaptação - como, por exemplo, a doença” (p.14).

Os resultados do estudo desenvolvido por Sá e Seabra (2011) indicam que as principais necessidades dos consumidores abusivos de drogas são, entre outras, a necessidade de autoestima, de autorrealização, de educação para a saúde e de segurança emocional e económica. Também os enfermeiros percecionaram, neste estudo, necessidades essencialmente de cariz psicossocial.

É essencial que o objetivo prioritário dos cuidados de enfermagem deixe de ser a doença propriamente dita e os seus sintomas, e passe a ser a resposta da pessoa às alterações da saúde ao longo da vida. Os enfermeiros que cuidam de pessoas com dependência de drogas estão, cada vez mais, conscientes do facto da qualidade de vida ser um aspeto importante, tanto na sua dimensão teórica como na sua intervenção. A qualidade de vida tem sido reconhecida como uma medição de resultados importantes para as tomadas de decisão respeitantes aos recursos e criação de modelos de intervenção específicos.

A intervenção de enfermagem no âmbito da problemática da dependência centraliza-se no doente, na sua problemática de vida, mais do que na própria patologia, procurando desenvolver uma holística e adequada gestão dos cuidados de saúde. Oferecer uma resposta a este problema e promover a mudança de comportamento individual/familiar requer uma reorientação das ações dos profissionais, sendo para isso, necessário avaliar as exigências de mudança e adequar a intervenção, sempre apoiada na evidência científica.

A pessoa que inicia tratamento de desabituação de consumos abusivos de drogas, inicia um processo de vivência de uma transição que a coloca numa situação de vulnerabilidade, com implicações para a sua qualidade de vida. O tratamento impõe mudanças profundas na vida de cada um, e a aquisição de novas competências que são indispensáveis na reconstrução da sua autonomia e do sentido da sua identidade (Meleis, 2007). No entanto, se a mudança pode ser fonte de stress, também pode ser uma oportunidade de desenvolvimento e crescimento pessoal (Chin, 2006, cit. por Gonçalves, 2012). Nesta perspetiva baseada nas transições, a avaliação da qualidade de vida fornece contributos fundamentais para a implementação de terapêuticas adequadas e direcionadas às necessidades específicas desta população (Meleis e Trangenstein, 1994).

Para que a pessoa dependente de drogas possa ultrapassar todos os diferentes momentos do processo de tratamento de uma forma saudável, convém que seja

capaz de tirar proveito das condições de transição facilitadoras, ao mesmo tempo que se protege das inibidoras. Para tal é conveniente que o enfermeiro “trabalhe” com o doente a capacidade de refletir acerca das forças e fraquezas pessoais e da sua rede familiar e de amizades. Mas a capacidade essencial a “trabalhar” é a capacidade de autorreflexão, para que o indivíduo dependente se conheça cada vez melhor, de modo a poder identificar claramente as suas forças e fraquezas. É preciso analisar com ele a sua autoestima, a sua autoeficácia, o *locus* de controle e as estratégias que, em geral, utiliza para fazer face às situações de stress da sua vida e fazê-lo perceber que há outras formas de se ver a si próprio e de lidar com os problemas.

Neste contexto, não podemos ainda esquecer o núcleo familiar (pessoas significativas ou que coabitam) que sendo também afetado pela doença, é-lhe pedido que dê suporte e apoio ao doente. Muitas vezes, os conflitos familiares são apontados como uma razão para a recaída. Assim, os elementos da família devem ser também envolvidos no processo terapêutico e ajudados a resolver e a ultrapassar as crises permanentemente instaladas na vivência com a dependência de drogas.

Durante as consultas de acompanhamento que se realizam em contexto de tratamento de desabituação, os doentes ficam muitas vezes emocionalmente alterados pois estão a refletir pela primeira vez acerca de si próprios, sobre o seu problema, começando a perceber o que é ser dependente de drogas e o que é estar abstinente, o que ganharam e perderam na vida com a adição, o que podem ou não ainda recuperar.

Também é importante que o doente conheça e confie na equipe de terapeutas, confie nas suas intenções e na sua competência para que com ela se envolva, com ela interaja e se sinta situado no processo terapêutico (Meleis *et al.*, 2000). É necessário realizar algumas sessões informativas, em que é feita uma reavaliação do aprendido, se envolva a pessoa no processo de aprendizagem com vista à tomada de decisão e à passagem para a fase de ação, tal como preconizado no Modelo Transteórico de mudança do comportamento, desenvolvido por Prochaska e DiClemente (1982, cit. por Ribeiro, 2007). Não devemos nunca esquecer que a função dos profissionais é tornar os doentes autónomos e responsáveis pelas suas vidas, embora com a certeza de que estes estarão sempre presentes, quando julgarem necessário.

A complexidade do fenómeno da dependência e dos seus efeitos na vida das pessoas leva a que a resposta a dar por parte dos doentes e dos seus cuidadores tenha de ser, também ela, complexa e completa.

Cabe também à sociedade e à comunidade em geral, ajudar estas pessoas, proporcionando-lhes meios facilitadores da complexa transição que vivenciam, considerando a dependência como uma doença crónica e não apenas como um “vício”. Por seu lado, a estes cabe a responsabilidade de investir no seu tratamento, procurando ativamente a ajuda disponível de uma forma empenhada e com vontade de colaborar.

Em termos de investigação seria interessante dar continuidade ao presente estudo, nomeadamente alargando-o ao contexto nacional, para além de aprofundar algumas áreas ainda a descobrir, como as estratégias de autogestão da doença e o desenvolvimento de modelos de intervenção com vista a melhorar a adesão às indicações terapêuticas nesta área.

Seria ainda importante desenvolver estudos metodológicos no sentido de encontrar um instrumento fiável e válido para avaliar a qualidade de vida específico para esta população, tal como o *Drug Users Quality of Life Scale* (Zubaran, *et al.*, 2012), realizando o processo de tradução e adaptação à cultura portuguesa.

CONCLUSÕES

Nos dias de hoje, em que tanto se questiona o futuro da Enfermagem, é fundamental que se tome consciência da importância que este grupo profissional tem na saúde. A cada dia que passa, após cada momento vivido junto de pessoas que precisam de um sorriso, uma palavra, um simples gesto, vamos reconhecendo o valor do que fazemos. Penso que esta é a altura certa para alterar a forma como vemos a nossa profissão. Devemos começar a praticar uma *“Enfermagem com mais Enfermagem”*, visto que o doente é aquela pessoa que necessita de cuidados específicos de enfermagem. É essa a competência profissional do enfermeiro *“(…) centrado nas respostas humanas às transições vividas pelas pessoas e famílias ao longo do ciclo vital, usando conhecimento gerado pela investigação e teorias de enfermagem”* (Silva, 2007 a. pág.19).

Ao iniciarmos o presente estudo, tivemos como objetivos avaliar a percepção de qualidade de vida das pessoas dependentes de diferentes drogas, bem como descrever os fatores de cariz sociodemográfico, de saúde, tratamento e outros que poderiam interferir com essa percepção. Nesse contexto, abordamos um conjunto de 108 pessoas em programas de tratamento de desabituação de toxicodependência, residentes no distrito do Porto, essencialmente do sexo masculino, com uma idade média de 45 anos e baixa escolaridade. Residiam essencialmente em família restrita e estavam, na sua maioria, desempregados ou reformados, tendo como fonte de rendimento a reforma, o subsídio de desemprego ou o rendimento social de inserção. Com um longo historial de consumo de drogas, especialmente em associação (policonsumos), na sua maioria com início em idades muito precoces, a amostra encontrava-se dividida entre os que se mantinham abstinentes (47,2%) e os que mantinham consumos, paralelamente ao tratamento (52,7%). Apresentavam ainda um conjunto significativo de doenças associadas, desde as respiratórias, digestivas, hepatite C, entre outras.

A análise descritiva dos resultados obtidos com a aplicação do QLI permitiu-nos concluir que a amostra avaliava muito positivamente a sua qualidade de vida em

termos globais e nas suas diferentes dimensões, resultado que não foi coincidente com o obtido quando a questão lhes foi colocada de forma aberta e explícita.

A análise inferencial dos dados recolhidos permitiu-nos constatar que o grupo feminino, os não ocupados (desempregados e reformados), os que viviam sozinhos, os que já realizaram mais tratamentos de desabilitação e mantêm consumos mesmo em período de tratamento, apresentavam uma perceção mais negativa sobre a sua qualidade de vida em geral.

Os participantes consideraram ainda que a dependência era uma doença crónica e grave, que necessitava de tratamento e de apoio profissional. Consideravam que os técnicos de saúde os ajudavam mas poderiam apoiá-los ainda mais, nomeadamente nas questões económicas e de suporte emocional.

Com este estudo foi possível conhecermos melhor as características deste grupo de pessoas com problemáticas aditivas, no sentido de melhor planearmos um programa de intervenções direcionado a estas pessoas, nomeadamente no contexto da enfermagem. Percebemos, através das suas manifestações verbais e também não-verbais, que o que eles acreditam precisar é de intervenções simples, mas efetivas, de cariz comunicacional, como a escuta, o toque e o apoio efetivo e incondicional.

Neste contexto, a relação de ajuda parece ser a chave para o sucesso no trabalho com este grupo de pessoas. Cuidar em enfermagem na área da toxicodependência significa

“(...) desenvolver um processo negocial de co-construção e co-consolidação da autonomia máxima dos beneficiários, na produção e autogestão das suas respostas humanas aos problemas de saúde actuais e/ou potenciais, com a finalidade de otimizar a concretização do seu potencial de saúde” (Seabra, 2005, p. 63).

E o mesmo autor continua dizendo que é a relação com o outro, o instrumento fundamental, pois só através dela podemos ajudar a mobilizar os recursos de que necessita para poder dar resposta ao seu problema.

A avaliação que realizamos sobre o percurso desenvolvido neste trabalho é francamente positivo, pois conseguimos atingir os objetivos a que nos propusemos quando lhe demos início. As dificuldades encontradas fazem parte de um processo de aprendizagem que julgamos positivo e que deixará, com certeza, marcas pessoais e na minha prática profissional como enfermeira.

Terminamos referindo que o sucesso dos cuidados prestados ao doente em tratamento de desabituação de drogas irá depender da díade estabelecida entre enfermeiro e doente (indicador de processo ao nível da interação), e se forem bem cumpridas todas as etapas, atingir-se-á o objetivo global do tratamento, tão esperado, tanto por nós como pelos utentes, que é a sua independência e autonomia face às drogas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Wilson Jorge Correia - Transições e contextos multiculturais. 2ª edição. Coimbra: Formasau, 2011.
- ADÉS, J.; LEJOYEUX, M. *Comportamentos alcoólicos e seu tratamento*. (2ª edição). Lisboa: Climepsi Editores, 2004.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual de Diagnóstico e Estatística de perturbações Mentais - DSM-IV (4ª edição). Texto Revisto e traduzido. FERNANDES, JOÃO CABRAL (Editor). Lisboa: Climepsi, Editores, 2002. ISBN: 972-796-020-2.
- AUCHEWSKI, Luciana [et al.]. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol.26 N.º.1 São Paulo 2004. [Em linha]. [Consult. 06 de Julho de 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462004000100008>.
- BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C. *Intervenções breves: Para o Consumo de Risco e Nocivo de Bebidas Alcoólicas; Manual para Utilização nos Cuidados Primários de Saúde*. Lisboa: Organização Mundial de Saúde - Departamento de Saúde Mental e Dependência de Substâncias, 2001.
- BACH [et al.]. Changes in drug use are associated with health-related quality of life improvements among methadone maintenance patients with HIV/AIDS. *Quality of Life Research*, May, 2012, Vol. 21 Issue 4, pp. 613-623. [Em linha]. [Consult. 06 de Julho de 2012] Disponível na internet: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=36&hid=9&sid=8717b4fe-cf80-4c89-b7d3-ecdc131682d%40sessionmgr4&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2011516616>.

- BADIA, Xavier; HERDMAN, Michael. The Importance of Health-Related Quality-of-Life Data in Determining the Value of Drug Therapy. *Clinical Therapeutics*. Vol. 23, N.º 1. 2001. p.p.168-175.
- BARDIN, Laurence - Análise de Conteúdo. Lisboa : Edições 70,Lda, ISBN:978-972-44-1506-2. 2009.
- BECKER, Sara J.; CURRY, John F.; YANG, Chongming. Factors that influence trajectories of change in frequency of substance use and quality of life among adolescents receiving a brief intervention. *Journal of Substance Abuse Treatment*. N.º 41. 2011. pp. 294-304. [Em linha]. [Consult. 06 de Julho de 2012]. <http://www.sciencedirect.com/>
- BENVENISTE [et al.]. Maternal and fetal ¹¹C -cocaine uptake and kinetics measured in vivo by combined PET and MRI in pregnant nonhuman primates. *Journal of Nuclear Medicine*. 2005 Feb. 46(2). pp. 312-20. [Em linha]. [Consult. 17 de Junho de 2012].Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=37&hid=9&sid=8717b4fe-cf80-4c89-b7d3-cecdc131682d%40sessionmgr4&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=15695792>.
- BERLIM, Marcelo T.; FLECK, Marcelo P.A. “Quality of Life”: a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2003. 25 (4). pp. 249-252.
- BOWLING, A. The concept of quality of life in relation to health. *Journal of History of Medicine*.1995. 7 (3). pp. 635-636.
- CABRAL, Lúcia do Rosário; FARATE, Carlos Manuel Cruz; DUARTE, João Carvalho. Representações Sociais sobre o Álcool em Estudantes do Ensino Superior. *Revista Referência*. II Série. 2007. N.º 4. Junho. pp. 69-80.
- CANAVARRO, Maria Cristina. Qualidade de vida: significados e níveis de análise. In CANAVARRO, Maria Cristina; SERRA, Adriano Vaz (coord.) - Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspetiva da Organização Mundial de Saúde. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2010. Cap. 1.
- COSTENBADER, Elizabeth C.; ZULE, William A.; COOMES, Curtis M. The impact of illicit drug use and harmful drinking on quality of life among injection drug users at high risk for hepatitis C infection. *Drug and Alcohol Dependence*. N.º

89. 2007. pp. 251-258. [Em linha]. [Consult. 17 de Junho de 2012].Disponível em: <http://www.elsevier.com/locate/drugalcdep>.
- COUTINHO, Clara Pereira. Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática. Coimbra: Edições Almedina. 2011. ISBN 978-972-40-4487-3.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS). Elementos Estatísticos. Informação Geral 2008. Lisboa: Dezembro 2010. ISSN: 0872-1114.
- Di CHIARA, G. Nucleus accumbens shell and core dopamine: differential role in behavior and addiction. *Behavior Brain Research*. 2002. Dezembro. N.º. 137 (1-2). pp. 75-114. [Em linha]. [Consult. 17 de Junho de 2012].Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=38&hid=9&sid=8717b4fe-cf80-4c89-b7d3-cecdc131682d%40sessionmgr4&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=12445717>.
- DOLOVICH, Lisa R. [et al.]. Benzodiazepine use in pregnancy and major malformations or oral cleft: meta-analysis of cohort and case-control studies. *BMJ*. 1998. Vol. 317. p.p. 839-843 [Em linha]. [Consult. 17 de Junho de 2012]. Disponível em: <http://www.bmj.com>.
- DOMINGO-SALVANY, Antònia [et al.]. Gender differences in health related quality of life of young heroin users. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2010. Vol. 8. N.º145.[Em linha]. [Consult. 16 de agosto de 2012]. Disponível em: <http://www.hqlo.com/content/8/1/145>.
- EIZADI-MOOD [et al.]. Trend of Memory Recovery after Benzodiazepine Overdose. *Irianian Juornal of Pharmacology & Therapeutics*. 2007. Vol. 6. N.º 1. pp. 11-13. [Em linha]. [Consult. 17 de maio de 2012] Disponível na Internet: <http://research.ac.ir/Article/Resource/PDFArticles/118/2947/28585.pdf>
- ESCUDEIRO, Raquel [et al.]. Qualidade de vida e Toxicodependência. *Revista Toxicodependências*. Edição IDT. 2006. Vol.12. N.º3. pp. 65-78. [Em linha]. [Consult. 17 de agosto de 2012] Disponível na Internet: <http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Paginas/Temas.aspx>
- EUROPEAN MONITORING CENTER FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA). General Population Surveys. [Em linha]. [Consult. 09 de julho de

2012].Disponível em: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/gps>

FEIJÃO, Fernanda; LAVADO, Elsa e CALADO, Vasco. Estudo sobre consumo de álcool, tabaco e drogas. EXATD/2011. [Em linha]. [Consult. 17 de julho de 2012].Disponível em: <http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Paginas/EstudosConcluidos.aspx>

FERRANS, Carol Estwing; POWER A, Marjorie. Psychometric assessment of the quality of life index. *Research in Nursing & Health*. 1992. N.º 15. pp. 29-38.

FERRANS, Carol Estwing. Definitions and conceptual models of quality of life. In J. Lipscomb., C. Gotay e C. Snyder. *Outcomes assessment in cancer. Measures, methods and applications*. University Press. Cambridge. 2005. pp.14-30.

FERRANS, Carol Estwing; POWERS, Marjorie. Quality of Life Index - 1984. [Em linha]. [Consult. 09 de abril de 2012]. Disponível em: <http://www.uic.edu/orgs/qli/>

FORTIN, Marie-Fabienne - Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta, 2009. 595p. ISBN 978-989-8075-18-5.

FREIXO, Manuel João Vaz. *Metodologia Científica, Fundamentos, Métodos e Técnicas*. 3ªed. Lisboa: Instituto Piaget, 2011. 296p. ISBN 978-989-659-077-2.

FURTADO, Cláudia e TEIXEIRA, Inês. Utilização de benzodiazepinas em Portugal Continental (1999-2003). *Acta Médica Portuguesa*. 2006. N.º 19. pp. 239-246.

GERADA, C. Drug misuse: a review of treatments. *Clinical Medicine*. 2005. Jan.-Feb.5(1). pp. 69-73. [Em linha]. [Consult. 15 de junho de 2012] Disponível na Internet: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=34&hid=9&sid=8717b4fecf80-4c89-b7d3-cecdc131682d%40sessionmgr4&bdata=Jmxhbm9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=15745203>.

GODINHO, José. Reflexões sobre as terapêuticas e manutenção opióide. *Revista Toxicodependências*. Edição IDT. 2006. Vol.12. N.º 3. pp. 83-86. [Em linha]. [Consult. 17 de agosto de 2012] Disponível na Internet: <http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Paginas/Temas.aspx>.

- GONÇALVES, Sónia. Qualidade de vida, bem-estar psicológico e estratégias de coping no tratamento de substituição com metadona e buprenorfina. 2011. Repositório da Universidade do Minho. RCAAP. [Em linha]. [Consult. 30 de agosto de 2012] Disponível na Internet: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/17855>
- GONÇALVES, G. C. A. Qualidade de vida da pessoa com traqueostomia na área do grande Porto. Dissertação de Mestrado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Não publicada. 2012.
- GOGTAY, Nitin. [et al.]. Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. National Academy of Sciences of the United States of America. 2004. Maio 25. Vol. 101 (21). pp. 8174-8179. [Em linha]. [Consult. 30 de julho de 2012] Disponível na Internet: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=33&hid=9&sid=8717b4fe-cf80-4c89-b7d3-cecdc131682d%40sessionmgr4&bdata=Jmxhbm9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=15148381>.
- HAGELL, P.; WESTERGREN, A. The significance of importance: An evaluation of Ferrans and Powers' quality of life index. *Quality of Life Research*. 2006. Vol.15. pp. 867-876.
- HENRIQUES, Ana Leonor Batista; PAIXÃO, Rui. Padrões de Consumo de Álcool em Programas de Substituição de Opiáceos. *Revista Toxicodependências*. Edição IDT. 2009. Vol.15. N.º 3. pp. 39-49. [Em linha]. [Consult. 17 de agosto de 2012] Disponível na Internet: <http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Paginas/Temas.aspx>
- HUESTIS, M.A.; CHOO, R.E. Drug abuse's smallest victims: in utero drug exposure. *Forensic Science International*. 2002. Aug. 14. 128(1-2). pp.20-30. [Em linha]. [Consult. 17 de agosto de 2012] Disponível na Internet: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=31&hid=9&sid=8717b4fe-cf80-4c89-b7d3-cecdc131682d%40sessionmgr4&bdata=Jmxhbm9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=12208017>.

- IKONOMIDOU [et al.]. Ethanol-Induced Apoptotic Neurodegeneration and Fetal Alcohol Syndrome. *Science*. 2000. February. Vol. 287 N.º 5455. pp. 1056-1060. [Em linha]. [Consult. 17 de agosto de 2012] Disponível na Internet: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=29&hid=9&sid=8717b4fe-cf80-4c89-b7d3-cecdc131682d%40sessionmgr4&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=10669420>
- INSTITUTE OF ALCOHOL STUDIES. World Drink Trends. 2005 Edition. 2006. [Em linha]. [Consult. 02 de Novembro de 2011] Disponível na Internet: http://www.ias.org.uk/resources/publications/warc/worlddrinks_2005.html.
- INSTITUTO DE EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL (IEFP). Classificação Nacional das Profissões (CNP). 2012. [Em linha]. [Consult. 02 de Abril de 2012] Disponível na Internet: <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx>.
- IQBAL, Mohammad Masud; SOBHAN, Tanveer; RYALS, Thad. Effects of Commonly Used Benzodiazepines on the Fetus, the Neonate, and the Nursing Infant. *Psychiatric Services*. 2002. January. Vol. 53. N.º 1. pp. 39-49.
- JORGENSEN, V.R.K.; TOFT, B.S.; FOGH, M.V.S. Reducing the use of benzodiazepines and cyclopyrrolones in clinical practice. *Pharmacy Practice*. 2006. 4(2). pp. 74-78. [Em linha]. [Consult. 02 de Novembro de 2011] Disponível na Internet: <http://www.pharmacypractice.org>.
- KENNY [et al.]. *Alcohol and other drug withdrawal: Practice Guidelines*. Australia:Turning Point. Alcohol & Drug Centre Inc. 2009. 206 p.
- KIMURA, Miako; SILVA, José Victor. Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 2009. [Em linha]. [Consult. 05 de Novembro de 2011] Disponível na Internet: <http://www.scielo.br/reeusp>. 2009.
- LAUDET, Alexandre B.; STANICK, Virginia. Predictors of motivation for abstinence at the end of outpatient substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. N.º 38. 2010. pp. 317-327 [Em linha]. [Consult. 05 de julho de 2012]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=25&hid=9&sid=8717b4fe-cf80-4c89-b7d3-cecdc131682d%40sessionmgr4&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010639213>.

- LIMA, Ana Flávia Barros. Qualidade de Vida em Pacientes do sexo masculino dependentes de álcool. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestrado em Clínica Médica. Não Publicada. 2002.
- LOMBA, Lurdes [et al.]. Contextos recreativos nocturnos e consumo de álcool e drogas: Determinantes de comportamentos rodoviários de risco. *Revista Toxicodependências*. Edição IDT. 2011. Vol.17. N.º 3. pp. 13-24. [Em linha]. [Consult. 17 de agosto de 2012] Disponível na Internet: <http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Paginas/Temas.aspx>
- LOPES, Joaquim. O Aconselhamento como Cuidado de Enfermagem numa Equipa de Tratamento - Artigo de Investigação. *Revista Toxicodependências*. Edição IDT; Vol.16; N.º 1; 2010; pp. 65-77. [Em linha]. [Consult. 17 de agosto de 2012] Disponível na Internet: <http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Paginas/Temas.aspx>
- LOXLEY, Wendy. Benzodiazepine use and harms among police detainees in Australia. Trends & Issues in crime and criminal justice. *Australian Institute of Criminology*. 2007. Maio. N.º.336: 1-6. ISSN 0817-8542; ISBN 978 1 921185 39 7.
- MAEYER, Jessica; VANDERPLASSCHEN, Wouter e BROEKAERT, Eric. Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. *International Journal of Drug Policy*. N.º 21. 2010. pp. 364-380. [Em linha]. [Consult. 10 de julho de 2012]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=23&hid=9&sid=8717b4fe-cf80-4c89-b7d3-cecdc131682d%40sessionmgr4&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010765329>.
- MAEYER [et al.] (a) A good quality of life under the influence of methadone: A qualitative study among opiate-dependent individuals. *International Journal of Nursing Studies* N.º 48. 2011 a. pp. 1244-1257. [Em linha]. [Consult. 12 de junho de 2011]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=21&hid=9&sid=8717b4fe-cf80-4c89-b7d3-cecdc131682d%40sessionmgr4&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2011292607>.

MAEYER [et al.] Current quality of life and its determinants among opiate-dependent individuals five years after starting methadone treatment. *Quality of Life Research*. 2011 b. N.º 20. pp. 139-150. [Em linha]. [Consult. 12 de junho de 2011]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=21&hid=9&sid=8717b4fe-cf80-4c89-b7d3-cecdc131682d%40sessionmgr4>

McINTYRE, Teresa ; BARROSO, Ricardo; LOURENÇO, Mário. Impacto da Depressão na Qualidade de Vida dos Doentes. Volume IV. Nº5. Setembro/Outubro. 2002. pp.13-24. [Em linha]. [Consult. 12 de junho de 2011]. Disponível em: http://www.saudemental.mrnet.pt/pdf/vol4_rev5_artigo1.pdf

MELEIS, Afaf Ibrahim. *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Philadelphia: Lippincott & Wilkins, 2007.

MELEIS, A. [et al.]. Experiencing transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advance Nursing Science*. Aspen Publishers, Inc., 2000. 23 (1), pp. 12 a 28. ISSN 0161-9268.

MELEIS, Afaf Ibrahim; TRANGENSTEIN, P. - Facilitating transitions: redefinition of a nursing mission. *Nursing Outlook*. 1994. Vol 42. N.º 6. November/ December. pp. 255-259. ISSN 0029-6554.

MELLO, Maria Lucília Mercês; BARRIAS, José Carvalho; BREDÁ, João Joaquim. *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2001. ISBN: 972-9425-93-0.

MENDES, Vera; LOPES, Paulo. Hábitos de consumo de álcool em adolescentes. *Revista Toxicodependências*. Edição IDT. 2007. Vol.13. N.º 2. pp. 25-40. [Em linha]. [Consult. 17 de agosto de 2012] Disponível na Internet: <http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Paginas/Temas.aspx>

MOLINA, Alide Salazar; MIASSO, Adriana Inocenti. Benzodiazepine use among employees of a private company. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2008. julho-agosto. 16(especial). pp. 517-522. [Em linha]. [Consult. 12 de junho de 2011]. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>.

MORRILL [et al.]. Abuse, addiction, and depression as pathways to sexual risk in women and men with a history of substance abuse. *Journal of Substance Abuse* N.º 13. 2001. pp. 169-184. [Em linha]. [Consult. 14 de julho de 2012].

Disponível em:
<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=19&hid=9&sid=8717b4fe-cf80-4c89-b7d3-cecdc131682d%40sessionmgr4&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=11547617>

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA). Preventing drug abuse among children and adolescents. *National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health*. 2.nd Edition. 2003.

OLNEY, J.W. *Addiction Biology*. 2004. 9 (2) pp. 137-149. [Em linha]. [Consult. 12 de junho de 2011].
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547211000808>.

ORWAT, John [*et al.*]. Substance abuse treatment utilization among adults living with HIV/AIDS and alcohol or drug problems. *Journal of Substance Abuse Treatment*. N.º 41. 2011. pp. 233-242. [Em linha]. [Consult. 12 de junho de 2011]. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547211000808>.

OSOBA, D. The clinical value and meaning of health -related quality-of-life outcomes in oncology. In J. Lipscomb., C. Gotay & C. Snyder. *Outcomes assessment in cancer. Measures, methods and applications*. 2005. (pp.386-405) University Press. Cambridge.

PAREDES, Nivia Pinos; MIASSO, Adriana Inocenti; TIRAPELLI, Carlos Renato. Consumption of benzodiazepines without prescription among first-year nursing students at the University of Guayaquil, School of Nursing, Ecuador. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2008. julho-agosto; 16(especial). pp. 634-639. [Em linha]. [Consult. 12 de junho de 2011].Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>.

PENG-WEI, Wang [*et al.*]. Change in Quality of Life and its Predictors in Heroin Users Receiving Methadone Maintenance Treatment in Taiwan: An 18-Month Follow-Up Study. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*. 2012, Vol. 38 Issue 3, pp. 213 - 220. [Em linha]. [Consult. 12 de junho de 2011]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=16&hid=9&sid=8717b4fe-cf80-4c89-b7d3-ecdc131682d%40sessionmgr4&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=22352836>

- PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. - *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS*. 5ªed. Lisboa: Edições Sílabo, 2008. 690p.
- PHILLIPS, D. *Quality of life: concept, policy and practice*. New York: Routledge, 2006.
- PIMENTA, Amélia; RODRIGUES, Marta. Redução de danos: Prostituição e Toxicodependência. *Revista Toxicodependências*. Edição IDT. 2006. Vol.12. N.º 1. pp. 49-54. [Em linha]. [Consult. 17 de agosto de 2012] Disponível na Internet:
<http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Paginas/Temas.aspx>
- PIMENTEL, Francisco Luís. *Qualidade de Vida em Oncologia*. Coimbra: Almedina, 2006.
- PINTO, Cândida A.S. A qualidade de vida dos jovens/adultos submetidos a transplante renal na infância. Dissertação de Mestrado apresentada à FPCE da Universidade do Porto. 1998.
- PINTO, Cândida A.S. - Jovens e adultos sobreviventes de cancro: Variáveis psicossociais associadas à optimização da saúde e qualidade de vida após o cancro. Tese de Doutoramento apresentada à FPCE da Universidade do Porto. 2007.
- POLIT, D., BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. - *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. - São Paulo: Artmed Editora, SA. 2004.
- POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7ªed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669p. ISBN 978-85-363-2545-3.
- PRÉAU, Marie [et al.]. Health related quality of life among both current and former injection drug users who are HIV-infected. *Drug and Alcohol Dependence*. N.º 86. 2007. pp. 175-182. [Em linha]. [Consult. 17 de Junho de 2012].Disponível em: <http://www.elsevier.com/locate/drugalcdep>.
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. *Manual de investigação em ciências sociais* - 2º ed. -Lisboa: Gradiva. 1998.
- RAHIOUI, Hassan; REYNAUD, Michel. *Terapias Cognitivo-comportamentais e adicções*. 1.ªEd. Lisboa: Climepsi Editores. 2008. ISBN: 978-972-976-296-9.

- RANGÉ, Bernard; MARLATT, Alan. Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2008. N.º 30 (Supl. II). pp. 588-595.
- RELVAS, A.P. Família e stress: das crises normativas às crises inesperadas. Como intervir numa perspectiva sistémica. In *Stress e Bem-estar*. Alexandra Marques Pinto e Adelina Lopes da Silva (Coordenadoras). Lisboa: Climepsi Editores. 2005.
- RIBEIRO, José Luís Pais. *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. 1ªed. Lisboa: Climepsi Editores, 1999. ISBN 972-8449-44-5.
- RIBEIRO, José Luís Pais. *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto, 2005.
- RIBEIRO, José Luis Pais. *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto, 2007.
- RIBEIRO, José Luís Pais. *Metodologia de Investigação em Psicologia da Saúde*. 3º Ed. Porto: Legis Editora, 2010.
- ROCHE, A.M. [et al.]. National Centre for Education and Training on Addiction (NCETA). *Alcohol and Other Drugs: A Handbook for Health Professionals*. Australian Government Department of Health and Ageing. 2004. ISBN: 0 642 82312 X.
- RODRIGUES, Sónia. Reflexões sobre a Qualidade de Vida e Tratamento de Manutenção com Metadona. *Revista Toxicodependências*. Edição IDT. 2006. Vol.12. N.º 1. pp. 55-62. [Em linha]. [Consult. 17 de agosto de 2012] Disponível na Internet: <http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Paginas/Temas.aspx>.
- RODRIGUES, Alcides Silva [et al.]. A eficácia da Entrevista Motivacional na redução do consumo abusivo de álcool, na pessoa adulta - Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Toxicodependências*. Edição IDT. 2011. Vol.17. N.º 3. pp. 37-46. [Em linha]. [Consult. 17 de agosto de 2012] Disponível na Internet: <http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Paginas/Temas.aspx>.
- RUDOLF, Heidi; WATTS, Jay. Quality of life in substance abuse and dependency. *Drug and Alcohol Dependence*. 2002. Vol. 14. N.º3. pp.190-197. [Em linha]. [Consult. 15 de Junho de 2012]. Disponível em:

<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/09540260220144975>.

SÁ, Luis; SEABRA, Paulo. *Percepção dos enfermeiros sobre as Necessidades dos consumidores de drogas*. Repositório Institucional do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. RCAAP. [Em linha]. [Consult. 30 de Agosto de 2012]. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/4199>.

SANTOS, Célia Brito. *Doença Oncológica: Representações, coping e qualidade de vida*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, L.^{da}. 2006. ISBN: 972-8485-77-8.

SANTOS, Célia; MARTINS, Teresa; FERREIRA, Teresa Rodrigues - Saúde e Qualidade de Vida: Contributos Teóricos. In C. SEQUEIRA; C. SANTOS; E. BORGES; M. ABREU; M.R. SOUSA (Coordenadores de edição). Escola Superior de Enfermagem do Porto - Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida - *Saúde e Qualidade de Vida: o estado da arte*. Porto: ESEP. 2009. p. 15-24. ISBN:978-989-96103-1-6.

SCHIRM, Victoria. Impact on the client and family: Quality of life In LUBKIN, Ilene Morof; LARSEN, Pamala D. (editors) - *Chronic illness: Impact and interventions*. Sixth edition. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2006. Cap. 9.

SEABRA, Paulo. Cuidar num CAT: O trabalho desenvolvido por um enfermeiro, numa equipe de um programa de substituição opiácea. *Revista Toxicodependências*. Edição IDT. 2005. Vol.11. N.º2. pp. 57-64. [Em linha]. [Consult. 17 de agosto de 2012] Disponível na Internet: <http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Paginas/Temas.aspx>.

SEID, E.M. F.; ZANNON, C.M.L. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos Saúde de Pública*. Rio de Janeiro. 2004. 20 (2); pp. 580-588.

SEQUEIRA, Ana; LOPES, Joaquim. Gestão de Cuidados de Enfermagem para uma Assistência Efectiva e Integrada à Pessoa com Toxicodependência. *Revista Toxicodependências*. Edição IDT. 2009. Vol.15. N.º1. pp. 67-76. [Em linha]. [Consult. 17 de agosto de 2012] Disponível na Internet: <http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Paginas/Temas.aspx>.

SERECIGNI, J.G. [et al.]. *Alcoholismo: Guia Clínica*. Valência: Socidrogalcohol, 2007.

- SERRA, Adriano Vaz. Qualidade de vida e saúde. In CANAVARRO, Maria Cristina; SERRA, Adriano Vaz (coord.) - *Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2010, Cap. 2.
- SHAND, Fiona [et al.]. The Treatment of Alcohol Problems: A Review of the Evidence. Austrália: Department of Health and Ageing by National Drug and Alcohol Research Centre (NDARC) Drug and Alcohol Review. 2003. Junho. N.º 23. pp. 239-247 [Em linha]. [Consult. 15 de Junho de 2012]. Disponível na Internet:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=48&hid=9&sid=8717b4fe-cf80-4c89-b7d3-cecdc131682d%40sessionmgr4>.
- SHIYAN, Yan [et al.]. Assessment of the Chinese-Version SF-36 in the Chinese Opiate Addicts. *Substance Use & Misuse*. September. 2011, Vol. 46 Issue 13, pp.1561-1569. [Em linha]. [Consult. 15 de Junho de 2012].
<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=6&hid=9&sid=8717b4fe-cf80-4c89-b7d3-cecdc131682d%40sessionmgr4&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=s3h&AN=65960830>.
- SILVA, Abel Paiva “Enfermagem avançada”: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Revista Servir*. 2007 a. Vol. 55, Nº 01-02 (Jan. Abr), pp. 11 a 20.
- SILVA, Nuno Faleiro. Dinâmica afetiva e dependência de álcool. *Revista Toxicodependências*. Edição IDT. 2007 b. Vol.13. N.º 1. pp. 43-48. [Em linha]. [Consult. 17 de agosto de 2012] Disponível na Internet:
<http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Paginas/Temas.aspx>.
- SMITH, Kevin W.; LARSON, Mary Jo. Quality of Life Assessments by Adult Substance Abusers Receiving Publicly Funded Treatment in Massachusetts. *Drug and Alcohol Dependence*. 2003. Vol. 29, N.º 2 , pp. 323-335. [Em linha]. [Consult. 15 de Junho de 2012]. Disponível em:
<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1081/ADA-120020517>.
- SOWELL, E. R., THOMPSON, P. M., & TOGA, A. W. Mapping changes in the human cortex throughout the span of life. *Neuroscientist* 10(4), 2004. pp. 372-392.

SPEAR, L. P. The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience Biobehaviour Review*. 2000. Vol. 24. N.º4. pp. 417- 463. [Em linha]. [Consult. 15 de Junho de 2012]. <http://www.sciencedirect.com/>

STEPHEN, T. Tiffany [et al.]. Beyond drug use: a systematic consideration of other outcomes in evaluations of treatments for substance use disorders. *Addiction* . 2012. April; 107(4). pp. 709-718. [Em linha]. [Consult. 15 de Junho de 2012]. <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&hid=9&sid=8717b4fe-cf80-4c89-b7d3-cecdc131682d%40sessionmgr4&bdata=Jmxhbm9cHQtYnI0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2011469298>.

STEFANELLI, Maguida Costa [et al.]. *Assistência de Enfermagem à Pessoa com Manifestações de Comportamento s decorrentes do uso de Substância Psicoativa*. In STEFANELLI, Maguida Costa; FUKUDA, Ilza Marlene e ARANTES, Evalda Cançado (orgs.). *Enfermagem Psiquiátrica em suas dimensões assistenciais*. 1.ª Edição. pp. 601-626. Brasil: Editora Manole, Lda. 2008. ISBN 978-85-204-2197-0.

STEWART, Roy [et al.]. General Practitioners reduced benzodiazepine prescriptions in an intervention study: a multilevel application. *Journal of Clinical Epidemiology* 2007. N.º 60. pp. 1076 - 1084.

SZARA, Stephen I.; LUDFORD, Jacqueline P., (Ed.) *Benzodiazepines: A Review of Research Results, 1980*. NIDA (National Institute on Drug Abuse). Research Monograph 33. A RAUS Review Report. Department of Health and Human Services. 1980.

TEIXEIRA, Celso; RICO, Madalena. Volição em Toxicodependentes que frequentam a Unidade de Desabilitação Norte pela primeira vez e em indivíduos reincidentes. *Revista Toxicodependências*. Edição IDT. 2008. Vol.14. N.º 2. pp. 25-35. [Em linha]. [Consult. 17 de agosto de 2012] Disponível na Internet:
<http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Paginas/Temas.aspx>.

TORRES, Anália Cardoso; GOMES, Maria do Carmo. Drogas e Prisões: Relações próximas. *Revista Toxicodependências*. Edição IDT. 2005. Vol.11. N.º 2. pp. 23-40. [Em linha]. [Consult. 17 de agosto de 2012] Disponível na Internet:
<http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Paginas/Temas.aspx>.

- TRACY, Elizabeth M. [et al.]. Prospective patterns and correlates of quality of life among women in substance abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*. ELSEVIER. 2012. *article in press* [Em linha]. [Consult. 21 de Maio de 2012] Disponível na Internet: [http:// www.elsevier.com/locate/drugalcdep](http://www.elsevier.com/locate/drugalcdep).
- TUCKMAN, B. W. *Manual de investigação em educação*. 3ªed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2005.
- VOLKOW, Nora. D.; FOWLER, Joanna S.; WANG, Gene-Jack. The addicted human brain: insights from imaging studies. *Journal of Clinical Investigation*. 2003. 111(10); p.1444- 1451.
- VOLKOW, Nora. D.; FOWLER, Joanna S.; WANG, Gene-Jack. The addicted human brain viewed in the light of imaging studies: brain circuits and treatment strategies. *Neuropharmacology*. N.º47. 2004. pp. 3-13. [Em linha]. [Consult. 15 de Junho de 2012] Disponível na Internet: [http:// www.elsevier.com/locate/neuropharm](http://www.elsevier.com/locate/neuropharm).
- VOLKOW, Nora D.; LI, Ting-Kai. Drugs and alcohol: Treating and preventing abuse, addiction and their medical consequences. *Pharmacology & Therapeutics*. 2005. 108: 3 - 17.
- YEN, Chia-Nan [et al.]. Quality of life and its correlates among heroin users in Taiwan. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*. Science Direct. ELSEVIER. 2011. 27,p. 177-183. [Em linha]. [Consult. 21 de Maio de 2012] Disponível na Internet: <http://www.kjms-online.com>.
- ZANDSTRA, S.M. [et al.]. Long-term benzodiazepine users in family practice: differences from short-term users in mental health, coping behaviour and psychological characteristics. *Family Practice*. 2004. Vol. 21, N.º. 3: 266-269.
- ZUBARAN, Carlos [et al.]. The application of the drug user quality of life scale (DUQOL) in Australia. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2012. 10:31. [Em linha]. [Consult. 15 de Junho de 2012] Disponível na Internet: <http://www.hqlo.com/content/10/1/31>.
- ZULLIG, Keith J. [et al.]. Relationship Between Perceived Life Satisfaction and Adolescents' Substance Abuse. *Journal of Adolescent Health*. N.º 29. 2001. pp. 279-288. [Em linha]. [Consult. 09 de Julho de 2012]. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X01002695>.

ANEXOS

ANEXO I

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

ANO LECTIVO 2011-2012

*Questionário sobre a Perceção de Qualidade de Vida das
Pessoas com Problemáticas Aditivas*

Ana Célia Brito Santos

PORTO, DEZEMBRO 2011

Este questionário faz parte de um projeto de investigação, integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), subordinada ao tema de Perceção sobre a Qualidade de Vida das Pessoas com Problemáticas Aditivas.

Este estudo de investigação tem como objetivos:

- Avaliar a perceção de qualidade de vida das pessoas com problemáticas aditivas;
- Descrever os fatores que condicionam a qualidade de vida dessas pessoas;
- Comparar a perceção de qualidade de vida entre os indivíduos com dependências de drogas lícitas (como o álcool) e os dependentes de outras drogas;
- Descrever as diferenças encontradas na perceção de qualidade de vida, de acordo com as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, situação económica, situação de emprego, etc.) e de saúde (pessoas saudáveis ou doentes, tipos de doença).

Este formulário é constituído por três partes: a primeira parte pretende recolher informações sobre a sua situação pessoal, social e de saúde; na segunda parte pretendemos conhecer a sua opinião sobre os fatores que condicionam o seu bem-estar e qualidade de vida e a terceira e última parte que pretende avaliar a sua perceção individual sobre a qualidade de vida.

Dado que este questionário constitui parte integrante deste trabalho, dependendo das vossas respostas a qualidade dos resultados, solicito a sua colaboração no seu preenchimento, certificando desde já que todas as informações são absolutamente confidenciais e utilizadas apenas neste estudo. Não existem respostas certas ou erradas, pelo que o que pretendemos saber é a sua verdadeira opinião/situação face às questões que lhe são colocadas.

Asseguro ainda que, a sua participação ou não neste estudo, não irá influenciar o seu atendimento ou tratamento nesta instituição.

Muito obrigado pela atenção que me dispensou.

Nota: Se desejar obter informações acerca dos resultados obtidos neste estudo, poderá solicitá-lo a partir de Julho de 2012 para o e-mail: anaceliasantos@hotmail.com

I - DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE

1 – Avaliação realizada em (local) _____ Data avaliação ____/____/____

2 – Idade: _____ anos

3 – Sexo: Feminino ☐₍₁₎ Masculino ☐₍₂₎

4 – Habilitações literárias (especificar em anos de escolaridade): _____

5 – Profissão: _____

6 – Situação profissional: Empregado(a) a tempo total ☐₍₁₎

Empregado(a) a tempo parcial ☐₍₂₎

Desempregado(a) ☐₍₃₎

Reformado(a) ☐₍₄₎

7 – Qual/quais as suas fonte(s) de rendimento: _____

8 – Localidade de residência: Concelho (especificar) ₍₁₎ _____

Distrito (especificar) ₍₂₎ _____

9 – Com quem vive: Com o cônjuge/companheiro(a) ☐₍₁₎

Com a família restrita (marido/esposa, filhos) ☐₍₂₎

Com a família alargada (marido/esposa, filhos, sogro(a), etc.) ☐₍₃₎

Sozinho(a) ☐₍₄₎

10 – Como se encontra relativamente aos consumos:

Abstinentes ☐₍₁₎ À quanto tempo? _____

Consumos esporádicos (mesmo que seja uma vez por mês) ☐₍₂₎

Consumos diários ☐₍₃₎

11 – Qual/quais as drogas **que consome atualmente**: (pode assinalar mais do que uma resposta):

Álcool ☐₍₁₎ Heroína ☐₍₂₎ Cocaína ☐₍₃₎ Benzodiazepinas ☐₍₄₎ Canabinoides ☐₍₅₎

Outra/s ☐₍₆₎ Especificar: _____

12 – Qual/quais as drogas **que consumiu anteriormente**: (pode assinalar mais do que uma resposta):

Álcool ☐₍₁₎ Heroína ☐₍₂₎ Cocaína ☐₍₃₎ Benzodiazepinas ☐₍₄₎ Canabinoides ☐₍₅₎

Outra/s ☐₍₆₎ Especificar: _____

13 – Qual a via de administração que **utiliza atualmente**:

Oral ☐₍₁₎ Inalação (fumada) ☐₍₂₎ Intravenosa ☐₍₃₎

Outra/s ☐₍₄₎ Especificar: _____

14 – Qual a via de administração que **utilizava anteriormente**:

Oral ☐₍₁₎ Inalação (fumada) ☐₍₂₎ Intravenosa ☐₍₃₎

Outra/s ☐₍₄₎ Especificar: _____

15 – Com que frequência **consome atualmente**? _____

16 – Com que frequência **consumia anteriormente**? _____

17 – Qual a quantidade que **utiliza atualmente**, em média, por dia?

(se várias substâncias ou diferentes bebidas, refira a média de cada uma delas)

18 – Qual a quantidade que **utilizava anteriormente**, em média, por dia?

(se várias substâncias ou diferentes bebidas, refira a média de cada uma delas)

19 – Com que idade iniciou os consumos (se mais que uma substância, diga a idade de início de cada uma delas)?

20 – Encontra-se a realizar tratamento de desabituação? Sim ☐₍₁₎ Não ☐₍₂₎

21 – Quantas vezes já realizou anteriormente tratamento de desabituação? _____

22 – Qual/quais os sintomas de privação que costuma/costumava ter?

Mialgias ☐₍₁₎ Lombalgias ☐₍₂₎ Vômitos ☐₍₃₎ Diarreia ☐₍₄₎ Cólicas ☐₍₅₎

Arrepios ☐₍₆₎ Insónia ☐₍₇₎ Ansiedade ☐₍₈₎ Irritabilidade ☐₍₉₎ Cefaleias ☐₍₁₀₎

Crises convulsivas ☐₍₁₁₎ Tremores das extremidades ☐₍₁₂₎ Fadiga ☐₍₁₃₎

Sudorese ☐₍₁₄₎ Outro(s) ☐₍₁₅₎ b especificar: _____

23 – Tem outra(s) doença(s) associada(s)? Sim ☐₍₁₎ Não ☐₍₂₎

Se sim, qual/quais? Digestiva ☐₍₁₎ Respiratória ☐₍₂₎ Cardiovascular ☐₍₃₎

Hepatite B ☐₍₄₎ Hepatite C ☐₍₅₎ HIV ☐₍₆₎ Outra/s ☐₍₇₎

Especificar: _____

24 - Tem suporte:

Familiar: Sim ☐₍₁₎ Não ☐₍₂₎

Comunidade: Sim ☐₍₁₎ Não ☐₍₂₎

Económico: Sim ☐₍₁₎ Não ☐₍₂₎

Conhecimento sobre o seu estado de saúde:

25 – Acha que a dependência é uma doença? Sim ☐₍₁₎ Não ☐₍₂₎

Acha que tem essa dependência ou essa doença? Sim ☐₍₁₎ Não ☐₍₂₎

26 – O que pensa sobre a dependência:

É grave: Sim ☐₍₁₎ Não ☐₍₂₎

Vai durar muito tempo: Sim ☐₍₁₎ Não ☐₍₂₎

É cíclica (tem períodos de doença e períodos de cura): Sim ☐₍₁₎ Não ☐₍₂₎

27 – Sabe os cuidados que deve ter para manter o tratamento: Sim ☐₍₁₎ Não ☐₍₂₎

Se sim, quais são os principais? _____

28 – A sua doença traz/trouxe implicações ou problemas na sua vida?

Sim ☐₍₁₎ Não ☐₍₂₎. Se sim, quais são as principais? _____

29 – Neste momento, como considera o seu estado de saúde atual?

Muito Bom ☐₍₁₎ Bom ☐₍₂₎ Razoável ☐₍₃₎ Fraco ☐₍₄₎ Mau/péssimo ☐₍₅₎

II – AVALIAÇÃO DOS FACTORES QUE CONDICIONAM A QUALIDADE DE VIDA

1. Neste momento, como considera a sua qualidade de vida?

Muito Boa ☐₍₁₎ Boa ☐₍₂₎ Razoável ☐₍₃₎ Fraca ☐₍₄₎ Má/péssima ☐₍₅₎

2. O que melhoraria a sua qualidade de vida? _____

3. Considera que os técnicos de saúde poderiam fazer mais alguma coisa para o(a) ajudar?

Sim ☐₍₁₎ Não ☐₍₂₎ Se sim, o quê? _____

III – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Ferrans and Powers

ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA

VERSÃO GENÉRICA III

Parte 1: Para cada um dos pontos seguintes escolha, por favor, o número que melhor exprime o seu grau de satisfação com cada uma das áreas da sua vida que são indicadas.

Por favor faça um círculo à volta do número que escolher. Não há respostas certas ou erradas.

QUAL É O SEU GRAU DE SATISFAÇÃO COM:		Não aplicável	Muito Insatisfeito	Moderadamente Insatisfeito	Ligeiramente Insatisfeito	Ligeiramente Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Muito Satisfeito
1	A sua saúde?	0	1	2	3	4	5	6
2	Os serviços de saúde que está a receber?	0	1	2	3	4	5	6
3	A quantidade de dor que tem?	0	1	2	3	4	5	6
4	A quantidade de energia que tem para realizar as suas atividades diárias?	0	1	2	3	4	5	6
5	A sua capacidade de se cuidar sem ajuda?	0	1	2	3	4	5	6
6	A quantidade de controlo que tem sobre a sua vida?	0	1	2	3	4	5	6
7	As suas possibilidades de viver uma vida tão longa quanto gostaria?	0	1	2	3	4	5	6
8	A saúde da sua família?	0	1	2	3	4	5	6
9	Os seus filhos?	0	1	2	3	4	5	6
10	A felicidade da sua família?	0	1	2	3	4	5	6
11	A/O sua/seu esposa/o ou companheira/o?	0	1	2	3	4	5	6
12	A sua vida sexual?	0	1	2	3	4	5	6
13	Os seus amigos?	0	1	2	3	4	5	6
14	O apoio emocional que recebe da sua família?	0	1	2	3	4	5	6
15	O apoio emocional que recebe das pessoas que não são da sua família?	0	1	2	3	4	5	6
16	A sua capacidade para cumprir as suas responsabilidades familiares?	0	1	2	3	4	5	6
17	A sua utilidade para as outras pessoas?	0	1	2	3	4	5	6
18	A quantidade de preocupações que tem na sua vida?	0	1	2	3	4	5	6

QUAL É O SEU GRAU DE SATISFAÇÃO COM:		Não aplicável	Muito Insatisfeito	Moderadamente Insatisfeito	Ligeiramente Insatisfeito	Ligeiramente Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Muito Satisfeito
19	Os seus vizinhos?	0	1	2	3	4	5	6
20	A sua casa, apartamento ou lugar onde vive?	0	1	2	3	4	5	6
21	O seu trabalho (se estiver empregado)?	0	1	2	3	4	5	6
22	O facto de não ter trabalho (se estiver desempregado, reformado ou incapacitado para trabalhar)?	0	1	2	3	4	5	6
23	A sua escolaridade?	0	1	2	3	4	5	6
24	A sua capacidade para satisfazer as necessidades financeiras?	0	1	2	3	4	5	6
25	Aquilo que faz para se divertir?	0	1	2	3	4	5	6
26	Ter um futuro feliz?	0	1	2	3	4	5	6
27	A paz de espírito?	0	1	2	3	4	5	6
28	A sua fé em Deus?	0	1	2	3	4	5	6
29	Alcançar os seus objetivos pessoais?	0	1	2	3	4	5	6
30	A sua felicidade em geral?	0	1	2	3	4	5	6
31	A sua vida em geral?	0	1	2	3	4	5	6
32	A sua aparência pessoal?	0	1	2	3	4	5	6
33	Consigo próprio em geral?	0	1	2	3	4	5	6

Parte 2: Para cada uma das perguntas seguintes, escolha a resposta que melhor descreve a importância que cada área da sua vida tem para si. Assinale, por favor, a resposta com um círculo sobre o número. Não existem respostas certas ou erradas.

QUANTO IMPORTANTE É PARA SI:		Não aplicável	Sem nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante
1	A sua saúde?	0	1	2	3	4	5	6
2	A qualidade dos serviços de saúde?	0	1	2	3	4	5	6
3	Não ter dor?	0	1	2	3	4	5	6
4	Ter a energia necessária para realizar as suas atividades diárias?	0	1	2	3	4	5	6
5	Poder cuidar-se sem ajuda?	0	1	2	3	4	5	6
6	Ter controlo sobre a sua vida?	0	1	2	3	4	5	6
7	Viver uma vida tão longa quanto gostaria?	0	1	2	3	4	5	6
8	A saúde da sua família?	0	1	2	3	4	5	6
9	Os seus filhos?	0	1	2	3	4	5	6
10	A felicidade da sua família?	0	1	2	3	4	5	6
11	A/O sua/seu esposa/o ou companheira/o?	0	1	2	3	4	5	6
12	A sua vida sexual?	0	1	2	3	4	5	6
13	Os seus amigos?	0	1	2	3	4	5	6
14	O apoio emocional que recebe da sua família?	0	1	2	3	4	5	6
15	O apoio emocional que recebe das pessoas que não são da sua família?	0	1	2	3	4	5	6
16	Cumprir com as suas responsabilidades familiares?	0	1	2	3	4	5	6
17	Ser útil para as outras pessoas?	0	1	2	3	4	5	6
18	Não ter preocupações?	0	1	2	3	4	5	6
19	Os seus vizinhos?	0	1	2	3	4	5	6
20	A sua casa, apartamento ou lugar onde vive?	0	1	2	3	4	5	6
21	O seu trabalho (se estiver empregado)?	0	1	2	3	4	5	6

QUANTO IMPORTANTE É PARA SI:		Não aplicável	Sem nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante
22	Ter trabalho (se estiver desempregado, reformado ou incapacitado para trabalhar)?	0	1	2	3	4	5	6
23	A sua escolaridade?	0	1	2	3	4	5	6
24	Ser capaz de satisfazer as suas necessidades financeiras?	0	1	2	3	4	5	6
25	Aquilo que faz para se divertir?	0	1	2	3	4	5	6
26	As suas possibilidades de ter um futuro feliz?	0	1	2	3	4	5	6
27	A sua paz de espírito?	0	1	2	3	4	5	6
28	A sua fé em Deus?	0	1	2	3	4	5	6
29	Os objetivos pessoais que atingiu?	0	1	2	3	4	5	6
30	A sua felicidade em geral?	0	1	2	3	4	5	6
31	A sua vida em geral?	0	1	2	3	4	5	6
32	A sua aparência pessoal?	0	1	2	3	4	5	6
33	O que é em geral?	0	1	2	3	4	5	6

Agradeço a sua colaboração

ANEXO II

CONSENTIMIENTO INFORMADO



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Antes de decidir se vai colaborar neste estudo, deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, os riscos e os benefícios de participar neste estudo. Assim, pedimos que leia todo o documento e se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretender antes de aceitar fazer parte do estudo.

Chamo-me Ana Santos, sou Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e estou a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

No momento encontro-me a desenvolver a minha dissertação de mestrado sob a temática da *“Qualidade de vida das pessoas com problemáticas aditivas”*. Este estudo tem como objectivos:

- Avaliar a percepção de qualidade de vida das pessoas com problemáticas aditivas;
- Descrever os factores que condicionam a qualidade de vida dessas pessoas;
- Comparar a percepção de qualidade de vida de indivíduos com dependências de drogas lícitas (nomeadamente o álcool) e os dependentes de drogas ilícitas;
- Descrever as diferenças encontradas na percepção de qualidade de vida, de acordo com as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, situação económica, situação de emprego, etc.) e clínicas (pessoas saudáveis ou doentes, tipos de doença).

PARTICIPAÇÃO: A sua participação no estudo é voluntária. Mesmo que decida participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento. A sua decisão de participar ou não neste estudo, não afectará em nada o seu atendimento/tratamento nesta instituição.

PROCEDIMENTO: Se aceitar participar neste estudo, vai-lhe ser solicitado o preenchimento de um formulário que é constituído por três partes: a primeira parte pretende recolher informação sobre a sua situação pessoal, social e de saúde (Questionário de caracterização sociodemográfica e de saúde); na segunda parte pretendemos conhecer a sua opinião sobre os factores que condicionam o seu bem-estar e qualidade de vida (Avaliação dos factores que condicionam a qualidade de vida) e a terceira e última parte que pretende avaliar a sua percepção individual sobre a qualidade de vida (Escala de avaliação da qualidade de vida).

RISCOS E BENEFÍCIOS DE PARTICIPAR NO ESTUDO: Não se prevêem quaisquer riscos para os participantes do estudo. Também não são previsíveis benefícios imediatos, contudo a realização do estudo poderá permitir um melhor conhecimento dos profissionais de saúde sobre os factores que determinam a qualidade de vida das pessoas com problemáticas aditivas, favorecendo uma intervenção de enfermagem futura mais ajustada às suas reais necessidades.

CONFIDENCIALIDADE: Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos participantes no estudo. Após a sua conclusão, todos os dados relativos aos participantes que possam conduzir à sua identificação, serão destruídos.



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Estudo sobre “*Qualidade de vida das pessoas com problemáticas aditivas*”.

Eu, abaixo assinado, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar, tendo-me sido dado a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

A informação e explicação que me foi prestada versou a finalidade, os procedimentos, os riscos e benefícios do estudo, sendo-me garantida a confidencialidade da informação.

Por isso, aceito participar no estudo respondendo às questões que me forem colocadas.

Porto, ____ de _____ de 2011

Assinatura do participante:

Assinatura do investigador:

ANEXO III

AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES DO QLI

From: cferrans@uic.edu
To: anaceliasantos@hotmail.com
Date: Sun, 4 Dec 2011 15:10:36 -0600
Subject: RE: Ask permission to use the QLI generic version scale

Dear Ms. Santos,

Thank you for your email. The generic version of the Quality of Life Index is the one that has been used in studies regarding depression or other mental health issues, so this is the one I would recommend that you use. The scoring instructions are found on the website www.uic.edu/orgs/qli in the section named "Questionnaires and Scoring". There is a translation of the Cardiac Version into Portuguese, but not the Generic. However, all the questions of the generic version are contained within the Cardiac Version.

You have my permission to use the Quality of Life Index for your work. There is no charge for this permission.

Good luck with your study.
Sincerely,

Carol Estwing Ferrans, PhD, RN, FAAN
Professor and Associate Dean for Research
Co-Director, UIC Center of Excellence in Eliminating Health Disparities
Co-Director, Community Engagement and Research Core, UIC Center for Clinical and Translational Science
University of Illinois at Chicago
College of Nursing
845 S. Damen Avenue (M/C 802)
Chicago, IL 60612
phone 312-996-8445; fax 312-996-4979
email cferrans@uic.edu
QLI website www.uic.edu/orgs/qli

From: ana santos [<mailto:anaceliasantos@hotmail.com>]
Sent: Saturday, December 03, 2011 1:49 PM
To: Carol Ferrans
Subject: Ask permission to use the QLI generic version scale

Dear Dr. Ferrans

Hello. My name is Ana Santos, and I am a specialist nurse in mental health. In the moment I am also a student of a master's degree in Mental Health on a high school of nursing (Escola Superior de Enfermagem do Porto) in Portugal.

I am currently working on my theses about the quality of life on drug dependence, and I found your scale – the Quality of Life Index.

So, I would like to know if you have a version on this scale for drug dependent or mental illness.

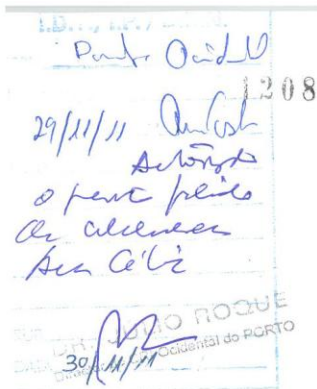
If the answer is negative, I wonder if you will allow me to use the Portuguese version of the general scale and to send me the scoring instructions.

Thank you for your availability and I look forward to your reply.

Ana Santos

ANEXO IV

AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA A RECOLHA DE DADOS



Ex.^{mo} Senhor Director
Do CRI Porto Ocidental
Doutor Júlio Roque

ASSUNTO: Pedido de autorização para colheita de dados, no âmbito da Dissertação de Mestrado, aos utentes em tratamento no Centro de Resposta Integrada Ocidental (Equipes de Tratamento de Matosinhos e da Foz).

Ana Célia Brito Santos, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), encontra-se a desenvolver a dissertação de mestrado sobre a qualidade de vida das pessoas com problemáticas aditivas (lícitas e ilícitas) sob a orientação da Professora Doutora Graça Pimenta (Professora Coordenadora da ESEP).

O interesse na avaliação da qualidade de vida tem crescido muito substancialmente nos últimos anos. É hoje bem conhecido que a dependência de álcool ou de outras drogas prejudica em múltiplos aspectos a vida dessas pessoas, mas também a dos seus familiares, os quais experimentam um sentimento de bem-estar e de satisfação diminuídos (Fleming, 1996; Gimeno, 2001; Gonçalves, 1990). Os profissionais de saúde mental que cuidam de pessoas com dependência de substâncias psicoactivas estão, cada vez, mais conscientes da necessidade de entender melhor a percepção individual sobre o estado de saúde dos dependentes de drogas e suas famílias que vivem em conjunto esta situação. A qualidade de vida tem sido reconhecida como uma medição de resultados importantes para as tomadas de decisão respeitantes aos recursos e a criação de programas específicos de intervenção (Boss, 2002; Relvas, 2005; Ribeiro, 2007).

Tendo como finalidade melhorar a compreensão sobre as implicações da problemática aditiva na qualidade de vida desses doentes, com vista à criação de um plano de intervenção em enfermagem a estas pessoas, este estudo de investigação definiu como objectivos:

- Avaliar a percepção de qualidade de vida das pessoas com problemáticas aditivas;
- Descrever os factores que condicionam a qualidade de vida dessas pessoas;

-
- Comparar a percepção de qualidade de vida de indivíduos com dependências de drogas lícitas (nomeadamente o álcool) e os dependentes de drogas ilícitas;
 - Descrever as diferenças encontradas na percepção de qualidade de vida, de acordo com as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, situação económica, situação de emprego, etc.) e de saúde (pessoas saudáveis ou doentes, tipos de doença) desses doentes crónicos.

É neste contexto que solicitamos a V.Exª autorização para aplicarmos um formulário, no contexto de uma entrevista individualizada, aos utentes em tratamento nas Equipas de Tratamento dos Centros de Resposta Integrada (ET Matosinhos e da Foz).

Mais devemos informar que o formulário será confidencial e de participação voluntária e informada.

Assumimos o compromisso de respeitar todos os princípios éticos inerentes à investigação realizada em ciências humanas e sociais.

Junto anexamos cópia do formulário proposto, bem como do consentimento informado que deve ser preenchido por cada um dos participantes no estudo.

Porto, 22 de Novembro de 2011

Pede deferimento,


(Ana Célia Santos)

Ex.^{mo} Senhor Director
Da Unidade de Alcoologia do Norte
Doutor Alcino Américo Fernandes

ASSUNTO: Pedido de autorização para colheita de dados, no âmbito da Dissertação de Mestrado, aos utentes em tratamento na Unidade de Alcoologia do Norte.

Ana Célia Brito Santos, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), encontra-se a desenvolver a dissertação de mestrado sobre a qualidade de vida das pessoas com problemáticas aditivas (lícitas e ilícitas) sob a orientação da Professora Doutora Graça Pimenta (Professora Coordenadora da ESEP).

O interesse na avaliação da qualidade de vida tem crescido muito substancialmente nos últimos anos. É hoje bem conhecido que a dependência de álcool ou de outras drogas prejudica em múltiplos aspectos a vida dessas pessoas, mas também a dos seus familiares, os quais experimentam um sentimento de bem-estar e de satisfação diminuídos (Fleming, 1996; Gimeno, 2001; Gonçalves, 1990). Os profissionais de saúde mental que cuidam de pessoas com dependência de substâncias psicoactivas estão, cada vez, mais conscientes da necessidade de entender melhor a percepção individual sobre o estado de saúde dos dependentes de drogas e suas famílias que vivem em conjunto esta situação. A qualidade de vida tem sido reconhecida como uma medição de resultados importantes para as tomadas de decisão respeitantes aos recursos e a criação de programas específicos de intervenção (Boss, 2002; Relvas, 2005; Ribeiro, 2007).

I.D.T., I.P. / D.R.N.
UNIDADE <u>Alcoologia</u>
ENTRADA N.º <u>51</u>
EPA <u>11/6/12</u> RUB. <u>8</u>
DESPACHO:
<u>para conhecimento</u>
<u>Aut. de ap. de dados</u>
<u>Alcino Américo Fernandes</u>
<u>1 de Janeiro de 2012</u>
RUB. <u>com o</u>
DATA <u>10/12/11</u>

Tendo como finalidade melhorar a compreensão sobre as implicações da problemática aditiva na qualidade de vida desses doentes, com vista à criação de um plano de intervenção em enfermagem a estas pessoas, este estudo de investigação definiu como objectivos:

- Avaliar a percepção de qualidade de vida das pessoas com problemáticas aditivas;
- Descrever os factores que condicionam a qualidade de vida dessas pessoas;
- Comparar a percepção de qualidade de vida de indivíduos com dependências de drogas lícitas (nomeadamente o álcool) e os dependentes de drogas ilícitas;
- Descrever as diferenças encontradas na percepção de qualidade de vida, de acordo com as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, situação económica, situação de emprego, etc.) e de saúde (pessoas saudáveis ou doentes, tipos de doença) desses doentes crónicos.

É neste contexto que solicitamos a V.Ex^a autorização para aplicarmos um formulário, no contexto de uma entrevista individualizada, aos utentes em tratamento na Unidade de Alcoologia do Norte.

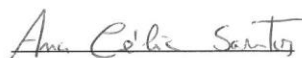
Mais devemos informar que o formulário será confidencial e de participação voluntária e informada.

Assumimos o compromisso de respeitar todos os princípios éticos inerentes à investigação realizada em ciências humanas e sociais.

Junto anexamos cópia do formulário proposto, bem como do consentimento informado que deve ser preenchido por cada um dos participantes no estudo.

Porto, 11 de Janeiro de 2012

Pede deferimento,


(Ana Célia Santos)